

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, 05 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200099608

Vítima: SEVERINO JOSE DE ARRUDA FILHO

Data do Acidente: 30/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE VIEIRA DA COSTA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SEVERINO JOSE DE ARRUDA FILHO

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



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: 053 820 224-61 4 - Nome completo da vítima: *Severino José de Aníbal Filho*

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	<i>Severino José de Aníbal Filho</i>	6 - CPF:	053.820.224-61
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
<i>M.V. Serviços Gerais</i>	<i>Rua Joaquim A. Lima</i>	575	<i>Casa</i>
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
<i>jose F. S/N/SN</i>	<i>Lemacino</i>	05	51.100.000
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD): 081-996616080		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> RS2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ RS2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: **0053** CONTA: **57391** 5

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

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

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 Lider 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) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áquelas 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 - Inscrição digital da vítima ou beneficiário nôo autorizado

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data: *Imperatriz (PA) 17/02/2020*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Severino José de Aníbal Filho*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE LIMOEIRO - DP115
115^ª CIRCUNSCRIÇÃO

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 115^ª CIRCUNSCRIÇÃO - LIMOEIRO - DP115^ªCIRC
DINTER1/16^ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0205002509

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/11/2019** às **11:13**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **30/10/2019** às **10:45**

Fato ocorrido no endereço: **TREVO DA EXPOSIÇÃO DE ANIMAIS, EM FREnte A EXPOSIÇÃO DE ANIMAIS - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE LIMOEIRO, 1, RODOVIA PE50 / KM40 - Bairro: OTACIO DE LEMOS - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MARIA JOSÉ MENDES PESSOA (OUTRO)
SEVERINO JOSÉ DE ARRUDA FILHO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): SEVERINO JOSÉ DE ARRUDA FILHO

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

SEVERINO JOSÉ DE ARRUDA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mão: **INÁCIA COSME DE OLIVEIRA** Pai: **SEVERINO JOSÉ DE ARRUDA** Data de Nascimento: **28/1/1976** Naturalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5232285/SDS/PE (RG), 05382022461 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS** Telefones Celulares: **- 997567224**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE LIMOEIRO, 575, RUA PROFESSORA JANDIRA DE ANDRADE LIMA - CEP: 55700000 - Bairro: JOSE FERNANDES SALSA - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A DEDÉ MOTO-TAXI**

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

MARIA JOSÉ MENDES PESSOA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA JOSÉ MENDES PESSOA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SEVERINO JOSE DE ARRUDA FILHO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 125 BROS ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: PGB8649 (PERNAMBUCO/JABOATAO DOS GUARARAPES) Renavam: 483378330 Chassi: 9C2KD0540CR560981
 Ano Fabricação/Modelo: 2012/2012 Combustível: ALCO/GASOL

AUTOMÓVEL (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/VW/VOYAGE** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: OYT2626 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

A VÍTIMA ALEGA QUE TRAFEGAVA NO SENTIDO LIMOEIRO PELA PE50 E PRETENDIA VIRAR A ESQUERDA NO TREVO SENTIDO PASSIRA. QUE TEVE A PRECAUÇÃO DE OBSERVAR SE VINHA CARRO ATRÁS, E COMO NÃO VINHA DIMINUIU A VELOCIDADE SE APROXIMANDO DA FAIXA CONTÍNUA, QUE NOTOU O VEÍCULO VOYAGEM VINDO EM SUA DIREÇÃO INCLUSIVE AVANÇANDO SOBRE A FAIXA CONTÍNUA, QUE PERMANECIU REDUZINDO A VELOCIDADEPOIS PRETENDIA VIRAR A ESQUERDA TÃO LOGO O VOYAGEM PASSASSE. QUE PRESUMIU QUE O VOYAGEM ESTAVA LHE VENDO E QUE OBVIAMENTE NÃO PERMANECERIA AVANÇANDO A FAIXA CONTÍNUA. NO ENTANTO NÃO FOI O QUE ACONTECEU, POIS O VOYAGEM PERMANECIU AVANÇANDO ATÉ RASPAR LATERALMENTE COM ESTE DECLARANTE. COM A COLISÃO A MOTO E A VÍTIMA FORAM JOGADOS AO CHÃO, RESULTANDO EM PREJUÍSOS MATERIAIS E FÍSICOS, POIS SOFREU EDEMAS NA Perna ESQUERDA, TORNOZELO ESQUERDO BRAÇO ESQUERDO E FRATURA EXPOSTA EM DOIS DEDOS DE SUA MÃO ESQUERDA, SENDO LOGO EM SEGUIDA SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL REGIONAL DE LIMOEIRO JOSÉ FERNANDES SALSA E APÓS OS PRIMEIROS SOCORROS, ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS NO RECIFE. DIANTE DA URGÊNCIA DO CASO, CONSEGUIU SER ENCAMINHADO NO MESMO DIA PARA O HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA NO CABO DE SANTO AGUSTINHO, ONDE CIRURGIADO PARA TENTATIVA DE REPARO DOS DEDOS DA MÃO ESQUERDA. SEM NADA MAIS DIGNO DE REGISTROS, ENCERRO O PRESENTE BO.

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

Severino José de Arruda Filho

SEVERINO JOSÉ DE ARRUDA FILHO
 (VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSÉ WELLINGTON DUTRA DE BARROS** - Matrícula: 3848167



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: 053 820 224-61 4 - Nome completo da vítima: *Severino José de Souza Filho*

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	<i>Severino José de Souza Filho</i>	6 - CPF:	053.820.224-61
7 - Profissão:	Aux. Serviços Gerais	8 - Endereço:	Rua Joaquim A. Lima
9 - Número:	575	10 - Complemento:	Casa
11 - Bairro:	José F. S/N/SN	12 - Cidade:	Lemacina
13 - Estado:	SC	14 - CEP:	81.100.000
15 - E-mail:	081-996616080		
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:

- RECUZO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 RS2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ RS2.500,00 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)

AGÊNCIA: 0053

CONTA: 57391

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

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

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 Lider 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) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áquelas 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
Informação
mínima da
víma ou
beneficiário
não declarado

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

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

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

40 - Local e Data,

*Imperatriz (PE) 17/02/2020
Severino José de Souza Filho*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

NÃO ALFABETIZADO TESTEMUNHAS

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: 11/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINO JOSE DE ARRUDA FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00053

CONTA: 00000057391-5

Nr. da Autenticação 084307F3B09160F7

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50060-002
CNPJ 10.835.932/0001-86
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.458, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0442
Ouvintes 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0187-Ligação Grátis de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
157-Ligação Grátis de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE			
SEVERINO JOSE ARRUDA FILHO			
CPF: 053.829.224-61			
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA			
RUA PROFA JANDRA ANDRADE LIMA 575			
JOSE FERNANDES SALGAL/LIMOEIRO			
55700-000 LIMOEIRO PE			
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.caerp.com.br			
DATA DE VENCIMENTO	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRÁTUA	
14/02/2020	08/02/2020	097023473415	
TOTAL A PAGAR (R\$)	DATA DA APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	
93,43	08/02/2020	2902081818	
	NÚMERO DA NOTA FISCAL:	Nº DA INSTALAÇÃO	
	0966076824	0905084439	
CLASSIFICAÇÃO:	B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
RESERVADO AO FISCO	52E7.9852.90F9.B39A.1D43.6989.AB23.83F2		

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MILHOR	TIPO DA FUNDACAO	ANTERIOR		ATUAL		Nº BIMAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO MIN.
		DATA	LITURA	DATA	LITURA				
9430000000314613R181	CAT	11/01/2020	5.175,00	08/03/2020	5.327,00	29	1.000,00	0,00	112,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES								
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APROXIMADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL			
EBC-Neutra horas sem Energia	LIMODRIO	3,99	5,79	11,58	81,16			
EBC-Neutra horas sem Energia	1,66	3,32	6,68	13,39				
EBC-Energia máxima de interrupção permitida	3,98	2,17	0,80	4,09				
EBCRI-Duração da interrupção em dia útil			Limite EBCRI 12,22					
EBCRI-Vezes de Encerramento de Usos < R\$ 20,81								
Todos Convenções para Encerramento de Usos < R\$ 20,81 e Qualquer Usuário								

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto da vossa abertura portaria turbinada pluvio; e col manequim de aquino 21 joga fernandes / drograria economica; e col manequim de aquino n 21 - terreno joga fernandes safadinho completo em
www.rodin.com.br

Na data da leitura a Bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.mme.gov.br.

O cliente é responsável pelo cumprimento da legislação federal e estadual de proteção de dados.

O Cliente é compensado quando há violação no fornecimento individual ou no nível de fornecimento. Pago, em atraso, gera multa 2% (R\$ 414,00/ANEEL), Juros 1% m/m (Lei 10.436/2002) e atualização monetária no preço, mais O Cliente é compensado quando há desempenho de prazo definido para o padrão de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento da cobrança poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade/falha com cobro de multa de 2%.

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

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

638000000009 934300110075 023473415100 144743065030





Diretta Social de Internet Estimativa: Credito-palio.it al 10/03/2012

ESTATE FISCAL - PATRIMÔNIO - DIREITA DE PROPRIEDADE ELETTRONICA

PAÍS DE CLIENTE:
ESPECIFICA COUNTRY

卷之三十一

CLASIFICACIÓN
EL RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
MUNICIPAL

CERTIFICADO
LIMPEZA PE-
LICENCIADA

7001722470 01/2020

14/01/2020 04/02/2020
281,48

Consumo Afrodisíaco TE
Consumo Afrodisíaco TE
Acabamento Branca e AMARELA
Coração em PASTELA MURRUMURU

100.000000	0.47956187	105.50
110.000000	0.50851873	114.50
120.000000	0.53851873	123.50

Consumer Acceptability Test

Cymatium hirsutissimum V.E.

ACQUAFLUO GEL CLEANSER

◎ 直接引出的
白热化事件(CE事件)

For more information about the National Institute of Child Health and Human Development, please visit the NICHD Web site at www.nichd.nih.gov.

2004-05

TOTAL DATA FATOR DE CORR EQUAÇÃO FINAL

Proposed changes in the U.S. tax system will affect the way you do business. This booklet will help you understand how proposed changes will affect your business.

For more information on the
AT&T Total Network, call 1-800-222-3333.
Or write AT&T, Dept. 100-1000, 1000 Avenue of the Americas,
New York, NY 10036.

Lote	Quantidade	Preço de Venda Unitário			Prestador
		Unitário	Lote	Unidade	
001	8,76	11,38	22-6		
002	2,00	4,30	13-2		
003	1,00	1,00	4-02		

BOLETIM DE EMERGÊNCIA	PRONTUÁRIO: 048009	CLASSIFICAÇÃO	VERMELHO	Nº OCORRÊNCIA: 00207977
Nome: SEVERINO JOSÉ DE ARRUDA FILHO	Idade: 43 Anos 9 Meses 2 Dias	CNS: 165664063610018	Est. Civil: SOLTEIRO	
End.: TRAVESSA SANTA MARGARIDA	Nº: 7	CEP: 55700000	Bairro: CENTRO	
Mãe: INACIA COSME DE OLIVEIRA	Nascimento: 18/01/1976	Nacio.: BRASILEIRA	Cor/Raça: PARDA	
Pai: SEVERINO JOSÉ DE OLIVEIRA	Doc nº: 5232265		Sexo: MASCULINO	
Profil.: SERVIÇOS GERAIS	Acum.: O MESMO			
	Telefone: 81 95560754	Município: LIMOEIRO		

Encaminhamento: ORTOPEDIA

Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:

COLISÃO MOTO CARRO, FRATURA EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO - SPO2 94%

Procedência: Via pública

Doenças preexistentes: NEGA

Régua de dor: Moderada

Intolerância/Alerg.: NEGA

Pré-consulta:

Parâmetros: PA: 18/10 FC: 108 RR: T: HGT: 102 Spo2: GLASGOW: 15 Peso:

Estado do Paciente: Consciente Orientado Calmo

Sintomas: Dispnéia em repouso

Dor torácica: Duração da dor:

Dor presente: Irradiação:

Edemas:

Observações:

Últimas Ocorrências	Data:	Hora:	Nº:	Situação/Sintomas/Queixas/Eventos
	31/10/2019	18:37	00111456	ORTOPEDIA



Queixas / Diagnóstico

Tratamento

Presente com história
de colisão automóvel
hoje no Trevo Limoeiro - Bonita
MS. Fratura exposta - 2º?

Rx - 2º 6º : Fratura F3 3º e 4º

R: Tmt 2º + 3º

Curati 2º + limpa

Exames complementares

Impressão diagnóstica

Voltafim - 1º A 2º

Defidom - 1º A 2º

Motivo da saída:

 Residência Internado

Justificativa:

Removido:

Encaminhado:

Data saída: / / Hora saída: :

Óbito ás: h m do dia: / /

<input type="checkbox"/> Curativo	Técnico / Coren	Atendimento Médico	Médico / CRM
-----------------------------------	-----------------	--------------------	--------------

<input type="checkbox"/> Nebulização		<input type="checkbox"/> Urgência	Dr. JOSE MIGUEL SOUZA
--------------------------------------	--	-----------------------------------	-----------------------

<input type="checkbox"/> Adm. de medicamento		<input type="checkbox"/> Obs. até 24 hs	CRM 25.218/2019
--	--	---	-----------------

<input type="checkbox"/> Retirada de ponto		Horário: :	
--	--	------------	--

Cód procedimento	0304040094		
------------------	------------	--	--

Técnico / Conselho	NOTIFICADA		
--------------------	------------	--	--

Horário			
---------	--	--	--

TRANSFERÊNCIA – ADULTO

Senha:	5804841	
Médico:	Dr. Miguel	CRM:
Paciente:	Jeronimo José de Araújo Filho	
Idade:	43	Registro Ambulatorial: 48009
Endereço:	Travesia Santa M. nº: 07	
Bairro:	Centro	
Cidade:	Ismópolis	
Hospital de Destino:	H.O.F	
Auxiliar/Técnico:	Mimula	
Familiar/Acompanhante:	(mimula entenda)	
Motivo:	Consulta Cirúrgica	
Diagnóstico:	Fratura	
Veículo:	Sameu	Placa: KYB 3781
Motorista:	Paulo	Município: Ismópolis
Setor:	Ortopedia	
Saída/Data:	30/10/19	Hora: 14:30
Chegada/Data:		
Funcionário Responsável pelo Preenchimento:	Vilalme	
Observações:		



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

1ª via Branca/ 2ª via Rosa/ 3ª via Jornal
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
II GERES - Gerência Regional de Saúde
Hospital Regional José Fernandes Salsa - Limoeiro - PE
LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

Unidade de Saúde	Município	Região de Saúde		
Nome do Paciente <i>Severino Sá de Araújo</i>				
Quadro Clínico <i>Paciente com histórico de Arrebatamento</i>				
Diagnóstico <i>Fratura exposta F3 3 e 4- QDE</i>				
1ª Remoção	Destino	Município	H. de Saída	H. de Chegada
	Motivo (Registro Detalhado)	<i>Demais</i>		
2ª Remoção	Assinatura do Médico Assistente	Nº do C.R.M	Data	
	Destino	Município	H. de Saída	H. de Chegada
Motivo (Registro Detalhado)	<i>Pronto para o atendimento</i>			Data
Assinatura do Responsável	Nº do C.R.M	Data		
Autorizo a Transferência				
Médico Chefe do Plantão				
Carimbo / Assinatura				
Confirmo o Motivo Administrativo				
Enfermeiro(a) Chefe do Plantão				
Carimbo / Assinatura				
Unidade Prestadora do Atendimento			Município	
Especificação do Atendimento prestado				
Assinatura do Responsável			Nº do C.R.M	Data

Resumo de Alta Hospitalar / Orientação Final / Fich

Nome: Silviano José da Silva Filho Registro: _____
 Idade: _____ Sexo: M Data da Admissão: 30/10/19 Data da Alta: _____

Diagnósticos Definidos: Fratura exposta

Conduta / Procedimentos Realizados:

Cirurgia

Prescrição para o Domicílio:

Analgésico / anti-inflamatório

Informações Complementares:

Risco de recaída elevado

Febre

Programação após Alta Ambulatório de Egresso: SIM



Data da Consulta: _____ NÃO

Assinatura do Médico e Carimbo

Dr. Carlos R. P. Rihan
Ortopedia-Traumatologia
CRM 15.463

~~CCD~~

~~3^o~~ Lebretas (19) - 2FA + AD en. At

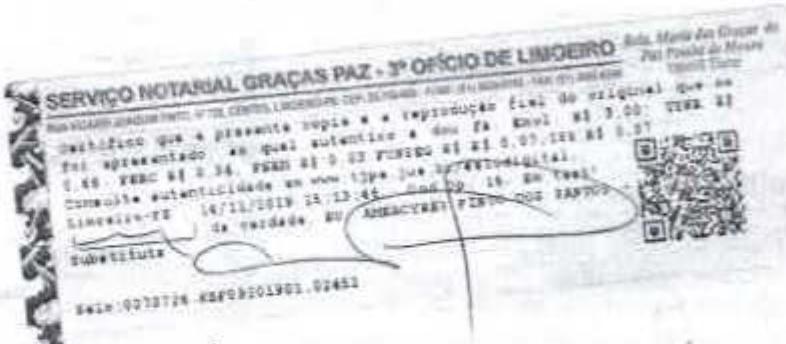
~~Dr. JOSÉ MARCELO GOMES
NOTARIAL CLASSE
OAB/RJ 20.115~~

~~3^o~~ 13^o Act. ac de Moto, na + shown
realizado curativo em HSC. Refere do
local, transferido pl HOF

~~Attestado
Dr. JOSÉ MARCELO GOMES
NOTARIAL CLASSE
OAB/RJ 20.115~~

~~3^o~~ VAT - Rose. I.M.

~~Dr. JOSÉ MARCELO GOMES
NOTARIAL CLASSE
OAB/RJ 20.115~~





FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 530997

Data e Hora do Atendimento: 30/10/2019, 20:16

Usuário do Atendimento: MICHELLINESM

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: SEVERINO JOSE DE ARRUDA FILHO

Prontuário: 121874

Nome da Mãe: INACIA COSME DE OLIVEIRA

Nome do Pai: SEVERINO JOSE DE OLIVEIRA

Data do Nascimento: 28/01/1976

Idade: 43 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil:

RG: 5232285

SDS PE Data Emissão:

CPF: 16382022461

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: AUXILIAR SERVICO GER/

Endereço: RUA PROFESSORA JANDIRA DE ARAUJO 575

CENTRO

Cidade: LIMOEIRO

PE

CEP: 55700000

Fone: 992260913

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: DEMANDA ESPONTANEA

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 03

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Cabo de Santo Agostinho, 30/10/2019

Assinatura e R.G. do Responsável: *Amanda Carla de Andrade meneg*

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta:

Finalizada

Diagnóstico:

Fratura exp de fêmur b/l

Procedimento:

Linhares

Data em:

*30/10/2019*Hora: *10:00h*

Médico e C.R.M.:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G.:

*O. Carvalho R. P. Rosas
Ortopedia e Traumatologia
C274.16.463*
*Hospital
06/11/2019*
*11º Hospital Dom Helder
Solange Lyra
Feltreamento / CAME
05 NOV 2019*

ORTO



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA

GESTÃO
IMIP
 HOSPITALAR

 Atendimento: 530992
 Data e Hora: 30/10/2019 19:34

Senha da Classificação:

0061

Paciente: 121674 SEVERINO JOSE DE ARRUDA FILHO Sexo: MASCULINO
 Data do Nascimento: 28/01/1978 Idade: 43 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
 Nome da Mãe: INACIA COSME DE OLIVEIRA Nome do Pai: SEVERINO JOSE DE OLIVEIRA
 Estado Civil: Casado CRM: 17726
 Endereço: RUA PROFESSORA JANDIRA - JOSE FERNANDO 575 Bairro: CENTRO
 Cidade/UF: LIMOEIRO PE Usuário Atendimento: THAYANECCS
 RG (Identidade): 5232285 SOS-PE Data de Emissão:
 CPF (Cadastro de Pessoa Física): 05382022461 Fone: 992280913
 Cartão SUS: Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Roxo Vizinho fui malha
 sentiu dolores no lado direito
 do cora. Dolor em alto o.
 ojo com dor

Exame Físico

Nenhum exame feito

Hipótese Diagnóstico

Cervo esq o dente frouxo

Conduta Terapêutica

Soltar m

Prescrição Médica

Dr. Luciano L. Cunha Jr.
 Ortopedia - Traumatologia
 CRM - PR 185/CREMEPE 25628
 Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 30/10/2019 18:58

Nome Paciente:	SEVERINO JOSE DE ARRUDA FILHO
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	28/01/1978
Sexo:	Masculino
Idade:	43 anos
Senha:	0061
Convênio:	-
Atendimento:	SAME

Período: 30/10/2019 19:20 - 30/10/2019 19:28

DEBORA DA COSTA CARVALHO JUSTINO - COREN: 477629 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:	URGENCIA - AMARELO
Cor:	AMARELO
Queixa Principal:	PACIENTE VEIO EM LIVRE DEMANDA COM UMA FRATURA EXPOSTA EM MÃO ESQUERDA. MEMBRO SE ENCONTRA IMOBILIZADO NO MOMENTO. FATO OCORREIDO AS 10:50 DA MANHÃ. RECEBEU PRIMEIRO ATENDIMENTO NO HOSPITAL DE LIMOEIRO. SEM SANGRAMENTO ATIVO NO MOMENTO.
Observação:	DM- HAS- ALERGIAS- FC:117BPM
Fluxograma sintoma:	TRAUMA
Discriminador(es):	- FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos:	- RÉGUA DE DOR: 7 - ESCALA DE GLASGOW: 15 - PAD: 88.00 MMHG - PAS: 134.00 MMHG - SAT02: 96.00 %

Acolhido(a) por: DEBORA DA COSTA CARVALHO JUSTINO - COREN: 477629 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 30/10/2019 19:28

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
- PARA PROCEDIMENTOS EM GERAL -

O presente termo tem o objetivo de cumprir o dever ético de declaração do paciente e/ou responsável, de recebimento de informações quanto aos principais aspectos relacionados ao tratamento, assistência clínica, medicamento ou procedimento ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Dom Helder Câmara.

Paciente

Responsável

Autorizo o Drº(ª). _____ credenciado(a) pelo Hospital Dom Helder Câmara, a realizar o(s) seguinte(s):

- Tratamento: _____
 Assistência clínica: _____
 Procedimento: _____ ou
 Exame: _____

a que seréi submetido.

Declaro que estou ciente dos benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis que me foram explicadas claramente pelo médico, Drº(ª). _____ CRM: _____ e que tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no Hospital para se obter o melhor resultado.

Estou ciente de que podem ocorrer complicações durante o Tratamento/Assistência Clínica/Procedimento ou Realização de exame, assim como poderá ser necessária a modificação da proposta inicial em virtude de situações imprevistas.

Confirmo que recebi explicações, comprehendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse.

PACIENTE / RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Amanda Carla de Andrade muniz RG: _____
 Data de nasc.: 09/10/1995 Grau de parentesco: Entitada

Cabo de Santo Agostinho, 30 de Outubro de 20 19

Amanda Carla de Andrade muniz
 Assinatura do paciente/representante legal

Preenchimento Obrigatório Médico

Eu, _____, CRM: _____, médico responsável pelo esclarecimento do procedimento, prestei todas as orientações necessárias e solicitadas pelo paciente referente ao termo de consentimento informado.

- Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de Emergência

Cabo de Santo Agostinho, _____ de _____ de 20 _____

Eddley Lacerda
 Traumatologista
 CRM 14553

Assinatura / Carimbo do médico

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ANESTESIA

Declaro que fui informado(a) quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento anestésico ao qual seréi submetido nesta instituição.

Autotize o médico anestesiologista abaixo identificado, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente cadastrados por esta instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico.

Declaro ainda que:

- Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesiologista. A(s) alternativa(s) de procedimento anestésico indicadas para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações me foram explicadas satisfatoriamente.
- Fui esclarecido de que a anestesia envolve procedimentos invasivos e que podem ocorrer lesões que na maioria das vezes são temporárias. Raramente ocorrem lesões permanentes, mas podem ocorrer, mesmo que o procedimento tenha sido realizado sob o mais rigoroso padrão técnico. Assim como fui esclarecido, também, de que a resposta à administração de medicamentos é individual e que a ocorrência de efeitos colaterais ou indesejados é imprevisível.
- Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis nesta instituição.
- Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anestesiologista sobre doenças pré-existentes, os medicamentos em uso, cirurgias realizadas, complicações anestésicas e reações alérgicas anteriormente apresentadas e, também, sobre o tempo decorrido de jejum (desde a última refeição/ingestão de líquidos).
- Fui informado(a) pela equipe médica de que o tabagismo, o uso de drogas entorpecentes, tais como cocaína, maconha, anfetaminas, e outras como o álcool são fatores que podem trazer prejuízo ao procedimento e/ou tratamento. Fui informado, também das complicações que podem advir do uso destas substâncias.

Confirmo que recebi explicações, comprehendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse.

PACIENTE / RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Amanda Costa de Inácio RG: _____
Data de nasc.: 01/03/1995 Grau de parentesco: _____

Cabo de Santo Agostinho, ____ de ____ de 20 ____.

Amanda Costa de Inácio
Assinatura do paciente/representante legal

Preenchimento Obrigatório Médico

Eu, _____, CRM: _____, médico responsável pelo esclarecimento do procedimento, prestei todas as orientações necessárias e solicitadas pelo paciente referente ao termo de consentimento informado.

Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de Emergência

Cabo de Santo Agostinho, 20 de 10 de 20 19.

Dr. Graciliano Couto
Assinatura _____ CRM: _____
Médico _____ CRM 5083

HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: Souza Tarcísio Barbosa Filho Registro: 11674 N° Atendimento: 510002

Idade: 43 Sexo: M Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não

Clinica: Ortoped Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Quaisix Principal e Duração: _____ Doi e expulsão de fôrma abdu
7-20

História da Doença Atual: Racor rectum ob valvula
automática que é 100% grata
expulsão crua e constante desde
de pós muito, em vez de esp
ente queim.

Interrogatório Sintomatológico: Não tem dor gmo

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Santos José de Souza Filho Fiel Registro: 121674

Clinica: Larrecha Enfermaria: SEPN Leito: 101

Data/Hora	Esferometria
21-10-19 06:00	Paciente em EGP, consciente, orientado, expressivo, dito V.O corrigido a distânciá de leitura, com PDI de 10 de leitura de míus 5, reflexos curvocaudados normais.
21/10/19 P'sol	Estavel, fo 1 momento de pse slfo et ontem
31/10/19	Paciente em 1: DPO de Nutana em másc e, em EGB, consciente, orientado, expressivo, afetivo, bco acutágao de dito V.O, eliminações (+), medindo CPN, reflexo alto com ontagões

Aviso da Cirurgia : 43586
Paciente : 121674
Convênio Atend.: 1
Leito : 673
Dt. Início : 30/10/2019 20:50 Dt. Fim : 30/10/2019 21:50
Cid Pré-Operatório : S627
Cid Pós-Operatório :

Salas : 0003 SALA 03
SEVERINO JOSE DE ARRUDA FILHO
SUS - INTERNACAO
LEITO 12
FRATURAS MULTIPLAS DE DEDO(S)

Atendimento : 530997
Carteira :
Idade : 43 Anos

Procedimento: 0401010058 EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 29 BLOQ PLEXO BRAQUIAL

SURGIAO 14583 EDGLEY MACIEL LACERDA JUNIOR
ESTESISTA 5083 GRACA MARIZA COUTO RIBEIRO PESSOA

Descrição Cirúrgica :

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM MESA CIRÚRGICA
2. ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. LIMPEZA CIRÚRGICA EXAUSTRIVA COM SF 0.9%
5. DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
6. SEM FRAGMENTOS PASSÍVEIS DE FIXAÇÃO COM FIO K
7. APROXIMAÇÃO DE FOLHADO CIRÚRGICO
8. RX DE CONTROLE

Intercorrências Cirúrgicas :

FUSÃO DIMINUÍDA NO FINAL DO PROCEDIMENTO, ALTO RISCO DE NECROSE DE POLPAS DIGITAIS.

Residuos Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DR(A) : EDGLEY MACIEL LACERDA JUNIOR
CRM : 14583

Edgley Lacerda
Traumatologo Ortopedista
CRM-4583
Solange Lyra
Faturamento / SAME
05/11/2019

FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

30/10/19

Paciente

Sexta, Lúcio Henrique de ARRUDA FILHO

Sexo

M

Sexo

7d

Idade

43

Risco

I

CRM

SPP GRACIA COU

Nome do Anestesiologista

Nome do Cirurgião

DR G. E. F.

CRM do Cirurgião

Urgência

NÃO

SIM

Cirurgia

Sutura de ferimentos do 3º e 4º QDE

Horário

22:20

O₂N₂O

Líquidos

H₂O 3000 mlCO₂

Enx 2000 ml DM

200

250

300

350

400

450

500

550

600

650

700

750

800

850

900

950

1000

1050

1100

1150

1200

1250

1300

1350

1400

1450

1500

1550

1600

1650

1700

1750

1800

1850

1900

1950

2000

2050

2100

2150

2200

2250

2300

2350

2400

2450

2500

2550

2600

2650

2700

2750

2800

2850

2900

2950

3000

3050

3100

3150

3200

3250

3300

3350

3400

3450

3500

3550

3600

3650

3700

3750

3800

3850

3900

3950

4000

4050

4100

4150

4200

4250

4300

4350

4400

4450

4500

4550

4600

4650

4700

4750

4800

4850

4900

4950

5000

5050

5100

5150

5200

5250

5300

5350

5400

5450

5500

5550

5600

5650

5700

5750

5800

5850

5900

5950

6000

6050

6100

6150

6200

6250

6300

6350

6400

6450

6500

6550

6600

6650

6700

6750

6800

6850

6900

6950

7000

7050

7100

7150

7200

7250

7300

7350

7400

7450

7500

7550

7600

7650

7700

7750

7800

7850

7900

7950

8000

8050

8100

8150

8200

8250

8300

8350

8400

8450

8500

8550

8600

8650

8700

8750

8800

8850

8900

8950

9000

9050

9100

9150

9200

9250

9300

9350

9400

9450

9500

9550

9600

9650

9700

9750

9800

9850

9900

9950

10000

Drogas Usadas

Quantidade

seflo 1500ml 250ml
ap diluída 10ml
cefazolua 2g
audacetana 8ug

Técnica Anestésica

Bloqueio do pingo
(E)

Assinatura de Anestesiologista

Dr. Graca Couto
Médica
Anestesiologista
CRM 50835 NOV 2019
5 NOV 2019
5 NOV 2019
5 NOV 2019Intercomunicar NÃO SIM

Descrever:

Observações:



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ **Registro:** _____

Clinica: _____ **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____

Exame Físico: Levado - Vascular - Cognitivo

Hoque V

HISTÓRIA CLÍNICA

Antecedentes Pessoais: N/A

Medicações em Uso: N/A

Antecedentes Familiares: N/A

Hipótese Diagnóstica Principal:

Expondo oras e nítidas para
dias normais.

Hipóteses Diagnósticas Secundárias:

Plano Terapêutico:

Dr. Luciano L. Cimha Jr.
Ortopedista - Traumatologista
CRM PE 1157 / CREMEPE 25808

Cabo de Santo Agostinho, 30/10/18

Assinatura e Carimbo

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: SEVERINO JOSÉ Data: 32/12/179 Hora: _____ Registro: 101674
 Cognome: SUS Letra: _____ Paco: _____ Altura: _____

2 - EQUIPE MÉDICA:

Equipe: DR. G. GLGV Anestesista: DR. GMMA RODRIGO
 Auxiliar: _____ 2º Auxiliar: _____ Instrumentador: LURVINTIN

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: SEGUIM TECNICO D. 3-67- Início: 21:40 Término: 22:20
 Anestesia: GA Início: 21:20 Término: _____

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

Estado Gen:	(<input type="checkbox"/>) Bom	(<input checked="" type="checkbox"/>) Regular	(<input type="checkbox"/>) Grava
Nível de Considência:	(<input type="checkbox"/>) Orientado	(<input checked="" type="checkbox"/>) Consciente	(<input type="checkbox"/>) Sonolento
Respiração:	(<input type="checkbox"/>) Espontânea	(<input type="checkbox"/>) Entubada	(<input type="checkbox"/>) Tragostomizado
Tricromia:	(<input checked="" type="checkbox"/>) Sim	(<input type="checkbox"/>) Não	

Chegou no CC em uso de: GA

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

Posição: Fowler () Lateral () Dorsal () Ventral () Ginecológicas ()
 Banco de Sangue () Laboratório () Radiologia () Peça Cirúrgica: Sim ()

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Monitor de Pulso	(<input checked="" type="checkbox"/>)	Monitor Cardíaco	(<input checked="" type="checkbox"/>)	PNI	(<input checked="" type="checkbox"/>)	Bomba CEC	Aspirador	(<input type="checkbox"/>)
Coagulômetro	(<input type="checkbox"/>)	Bisturi Ultrassônico	(<input type="checkbox"/>)	Artroscópio	(<input type="checkbox"/>)	Microscópio	Capnôgrafo	(<input type="checkbox"/>)
Doigt de Kotco	(<input type="checkbox"/>)	Local de Plaza	_____					
Caixa com Anestesia	(<input checked="" type="checkbox"/>)	Diprotosfer	(<input type="checkbox"/>)	Intensificador	(<input type="checkbox"/>)	Nº ()		
Fio Metral	(<input type="checkbox"/>)	Bomba de Infusão	(<input type="checkbox"/>)					
Grilho	(<input type="checkbox"/>)							
Prótese	(<input type="checkbox"/>)							
Globo Guiné	(<input type="checkbox"/>)							
Globo	_____							

5.2 - PROCEDIMENTOS:

Coluna Dextraqueal:	Sim (<input type="checkbox"/>)	Não (<input checked="" type="checkbox"/>)	_____	Punção Venosa:	Sim (<input type="checkbox"/>)	Não (<input checked="" type="checkbox"/>)	_____
Coluna Vertebral de Dexosil:	Sim (<input type="checkbox"/>)	Não (<input checked="" type="checkbox"/>)	_____	Sonda Gástrica:	Sim (<input type="checkbox"/>)	Não (<input checked="" type="checkbox"/>)	_____
Drainagem (Tipo e Local):	Sim (<input type="checkbox"/>)	Não (<input checked="" type="checkbox"/>)	_____				
Carectivo (Tipo e Local):	Sim (<input checked="" type="checkbox"/>)	Não (<input type="checkbox"/>)	_____				

5.3 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTÉSICA:	_____	CIRURGIA:	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

6 - OBSERVAÇÕES:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Medicamentos:	Acordado (<input type="checkbox"/>)	Narcose (<input type="checkbox"/>)	Enfubado (<input type="checkbox"/>)	Traqueostomizado (<input type="checkbox"/>)
Endotrófido para:	ERPA (<input type="checkbox"/>)	S. Intensiva (<input type="checkbox"/>)	LICOR (<input type="checkbox"/>)	UTI (<input type="checkbox"/>) ApF (<input type="checkbox"/>) Resistência (<input type="checkbox"/>)

Data: 32/12/179 Hora: _____ Enfermeiro: DAN Circulante: CARLOS



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Nome:	Guilherme José da Cunha	Leito da SRPA:	9386
		Hora:	23:00
		Registro:	123674
Leito de origem:			

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Lis Sutura Torácica Fixamento

Tipo de anestesia: Bloqueio da Ramo

Equipe: Dr. Cadafay

Anestesista: Dr. Graca Couto

3. Admissão

Estado geral: () Bom (x) Regular () Torporoso () Grave

Respiração: (x) Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado

Sonda: () SVD () SNG () SNE

Acesso Venoso Periférico: () Não (x) Sim Onde: NSD

Acesso Venoso Central: (x) Não () Sim Onde:

Drenos: (x) não () sim Onde:

Sinais vitais: PA: 116 x 100 mmHg FR: 98 p/min FC: 79 p/min SaPO2: 93%

Glasgow:

4. Monitorização

SSV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	93 x 75	93 x 75	90 x 70	100 x 80	101 x 80	
FR	19	93	94	91	91	
FC	82	72	90	81	83	
SaPO2	97%	93%	97%	96%	96%	
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: _____ FC: _____ FR: _____ SaPO2: _____ Glasgow: _____

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

Data: 31/10/19 Horário: 06:30hs Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico: _____

Drº Graca Couto
Médica

Anestesiologista
CRM/5083

Decorrauer CAMARA

Nome: CláudiaMês: SetembroAno: 2011Procedimento cirúrgico: Lipossept**DIAGNÓSTICO**Registro: 121639

Leito:

Data: 30/10/11

Hora:

HORÁRIOS**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

1. Náuseas ()

zolbex

- Encorajar verbalização dos sentimentos e medos
- Proporcionar apoio emocional
- Dar informação ao paciente e familiares
- Outros

2. Ventilação prejudicada ()

cetamina

- Manter decúbito elevado
- Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário
- Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz
- Manter o paciente em posição de Fowler
- Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR
- Instalar () Manter () Anotar oximetria de pulso
- Outros
- Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de _____ h
- Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen)

3. Problema de eliminação urinária

() Diminuído () Aumentado

- Colocar o paciente em posição de Fowler
- Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição

4. Dor ()

- Registrar se: () Dor ao urinar
- Abaulamento em região suprapubica () Ausência de diurese espontânea
- outros

- Verificar qual posição adequada do paciente
- avaliar a localização e a intensidade da dor
- Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação

- Identificar fatores desencadeantes da dor
- Registrar características e intensidades da dor
- outros

- Descrever características da lesão
- Realizar curativo a cada _____ h
- Realizar mudança de deúbito a cada 3 horas caso

- não haja contra-indicação
- Medir débito de dreno de _____ / _____ h
- Manter curativo oclusivo por _____ h
- Outros

- Aferir pressão arterial de _____ / _____ min

- Manter elevado: _____

- Realizar curativo oclusivo

- Outros

- Pinçar dreno ao manusear o paciente

- Avaliar mobilização de dreno (tracionado)

- Manter repouso no leito em posição:

5. Integridade tissular prejudicada ()

- Local:

- Leve () Moderada () Severo

- Outros

- Aferir pressão arterial de _____ / _____ min

- Manter elevado: _____

- Realizar curativo oclusivo

- Outros

- Pinçar dreno ao manusear o paciente

- Avaliar mobilização de dreno (tracionado)

- Manter repouso no leito em posição:

IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: <u>SÉRGIO JOSE</u>	Data: <u>30/10/19</u>	Registro: <u>151674</u>
Cravento: <u>SUS</u>	Leito:	Hora: <u>21:00</u>

2. Equipe médica:

Cirurgião: DR ED GLEY 1º auxiliar: _____
 Anestesista: DR GILCA Instrumentador: LUCINTA
 Circulante: WILS

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
<u>LAP</u>	HDI DRY → STERL 20.10.19 01 15 SEP 19 20.04.205164	
<u>CAP TO</u>	HDI DRY → STERL 23.10.19 02 15 SEP 19 23.04.207717	
<u>PUNTO DC</u> <u>Foto</u>	HDI DRY → STERL 23.10.19 01 15 SEP 19 23.04.207717	
<u>GRANULOS DC</u> <u>M&E</u>	HDI DRY → STERL 23.10.19 02 15 SEP 19 23.04.207717	

PACIENTE:	SOLVITIVA JOSE DE ARAUJO			AUXILIAR:			
CIRURGIÃO:	DR. GAGLE			ANESTESIA:	B1. Bucal		
ANESTESISTA:	DR. GAGLE			ELETROEST.	3-64-240		
CIRURGIA:	TCC 20 CM DE LATERAL			COORDENAÇÃO DO BLOCO:			
ESTRUMENTADOR:	DR. GAGLE						
CIRCULANTE:	CARLOS			COREN:			
ENFERMEIRA:	DAMA			HORARIO INICIAL:	17:40		
DESCRÍÇÃO MATERIAL USADO EM SALA				DESCRÍÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
ABDOMINAIS				BRECHOS			
13X6,5	25X7	25X8	40X12	KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
CARDIOPLEXICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27	KHER 18	SUCCAO 3,2	SUCCAO 4,8	SUCCAO 6,4
ATADURAS				BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM	TORAX 28	TORAX 38	TORAX 32	TORAX 36
"SAD/ 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM					
CANULAS				SONDAS			
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5	ENTERAL 10	ENTERAL 12		
TRAQUEOST 9,0				ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAG 2,0	ENDOTRAG 2,5	ENDOTRAG 3,0
				ENDOTRAQ 3,5	ENDOTRAQ 4,0	ENDOTRAQ 4,5	ENDOTRAQ 5,0
				ENDOTRAQ 5,5	ENDOTRAQ 6,0	ENDOTRAQ 6,5	ENDOTRAQ 7,0
				ENDOTRAQ 7,5	ENDOTRAQ 8,0	ENDOTRAQ 8,5	ENDOTRAQ 9,0
				FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
				FOLEY 2VIAS 06	FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12
				FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20
				NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 16
				NASO 16	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4
				URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
				URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20
CATETERES				FIOS CIRURGICOS			
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16	ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDIACA
EPIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 18	JELCO 18	CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24		CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
LIMPADORES				SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400	NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
CURATIVOS				NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
ADAPTIC	KERLIK	PURILON	TELA MARLEX	POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 2
EQUIPOS				PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
BOMBA	BOMBA FOTO	PISANGUE	P/SORO MACRO	VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
EXTENSORES				VICRYL 4-0	CERA P/OSO	MARCAPASSO	VALVEKIT
20CM	40CM	50CM	120CM	SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
LAMINAS				SURGIGEL SX75	AÇO 1	AÇO 4	AÇO 6
TUR 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20				
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6					
LUVAS							
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5				
SERINGAS							
3ML	5ML	10ML					
20ML	60ML	60ML CATETER					
AVENTAL CIRUR	BS. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/VIDEO				
GOLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXAO 2VIAS	CONEXAO 4VIAS				
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GAZES	GELFOAM				
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA				
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO				

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA



Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara
IMIP Hospitalar
CNPJ: 09.039.744/0001-94

Fundação Professor Martiniano Fernandes
IMIP HOSPITALAR
CNPJ: 09.039.744/0001-94

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 121674

Nome: SEVERINO JOSE DE ARRUDA FILHO

Mf: INACIA COSME DE OLIVEIRA

End: RUA PROFESSORA JANDIRA DE ANDRADE LIMA

E-mail: LEITO 12

Atendimento: 530997

Dt.Cad: 30/10/2019

Dt.Nasc: 28/01/1975

Bairro: CENTRO

Cidade: LIMOEIRO

CNS:

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- Confirmação sobre o paciente
 - Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado
 - Consentimento informado realizado
- Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
- Checagem do equipamento anestésico
- Oxímetro de pulso instalado e funcionando
- O paciente tem alguma alergia?
- Não
- Sim _____

Há risco de via aérea difícil / broncoespiração?

- Não
- Sim e há equipamento disponível
- Há risco de perda sanguínea > 500ml (7mL/kg em crianças)?
- Não
- Sim e há equipamento disponível

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
- O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam
 - Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado
- Antecipação de eventos críticos:
 - Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia?
Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas?
 - Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente?
 - Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? *Tudo*

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- Sim
- Não se aplica
- Exames de imagem estão disponíveis?
- Sim: *Pt.*
- Não se aplica

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe

- Nome do procedimento realizado *LC + Sutura mao*
- A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica)
- Biópsias estão identificadas com o nome do paciente
- Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvidos *Não*
- O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente



Pós-OP/5RPA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200099608 **Cidade:** Limoeiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO JOSE DE ARRUDA FILHO **Data do acidente:** 30/10/2019 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURAS DE 3º E 4º DEDOS DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTSE COM FIOS DE KIRSCHNER. PG. 13,14.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO 3º E 4º DEDOS DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO 3º E 4º DEDOS DA MÃO ESQUERDA.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PROCURAÇÃO

Outorgante: Severino José de Andrade Filho, brasileiro(a), nascido
civil Severino, profissão M. Servicos Gerais, residente e domiciliado à Rua
Rio Pauzinho, número 515, bairro José F. Sá,
Município de Laranjeira, Estado de(o) PE, Cep 55100-000,
Portador(a) do RG nº 5.232.785, SSP/PE, CPF nº 053.820.224-61

Outorgado José Vreiran da Costa
estado civil CASALDO profissão PESQUISADOR, brasileiro(s),
Rua Av. Severino Linhares nº 516, residente e domiciliado(s) à
Município de Lins, bairro Centro.
portador (a) do RG nº 1340341, Estado de (o) P.E. Cep.: 55.100-000
SSP/ P.E. e CPF nº 110 688 354-69

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(s) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro que virá nou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Severino Souza Amorim Filho, ocorrido em 30/10/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(s) próprio(s) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações da endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação de Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais simples e rápido cumprimento do presente mandado.

Lmoem (PE) 31 de Janeiro de 2020



Quidgenia
CPF N° 053.820.324-61

A digital signature consisting of a stylized, handwritten-style font of the name "Analice Nunes de Amorim" written twice, once above the other, with a blue ink effect.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0079321/20

Vítima: SEVERINO JOSE DE ARRUDA FILHO

CPF: 053.820.224-61

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/10/2019

Titular do CPF: SEVERINO JOSE DE ARRUDA FILHO

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE VIEIRA DA COSTA : 170.688.354-49

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

SEVERINO JOSE DE ARRUDA FILHO : 053.820.224-61

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: 04/03/2020
Nome: JOSE VIEIRA DA COSTA
CPF: 170.688.354-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/03/2020
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

JOSE VIEIRA DA COSTA

Steffany Caroliny Lins Veloso

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200099608 **Cidade:** Limoeiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO JOSE DE ARRUDA FILHO **Data do acidente:** 30/10/2019 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURAS DE 3º E 4º DEDOS DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER. PG. 13,14.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO 3º E 4º DEDOS DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO 3º E 4º DEDOS DA MÃO ESQUERDA.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00