

---

**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: ☐ DADS (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: Serequino José de Menezes Filho

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

5 - Nome completo: Serequino José de Menezes Filho 6 - CPF: 053.820.224-61  
7 - Profissão: Adv. Serviços Gerais 8 - Endereço: Rua Jandira A. Lima 9 - Número: 575 10 - Complemento: Cará  
11 - Bairro: Jose F. Silva 12 - Cidade: Lima Nova 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.700-000  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): 081-996696080

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:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 0053 CONTA: 57391 5  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Div) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Lima Nova (PE) 15/02/2020  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Serequino José de Menezes Filho

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO**  
**DELEGACIA DE POLÍCIA DA 115ª CIRCUNSCRIÇÃO - LIMOEIRO - DP115ªCIRC**  
**DINTER1/16ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0205002509**

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

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (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: **MUNICÍPIO DE LIMOEIRO, 1, RODOVIA PE50 / KM40 - Bairro: OTACIO DE LEMOS - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL**  
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

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

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
 VEÍCULO: (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 Mãe: 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 SERVIÇOS GERAIS** Telefones Celulares: **- 997567224**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE LIMOEIRO, 575, RUA PROFESSORA JANDIRA DE ANDRADE LIMA - CEP: 55700000 - Bairro: JOSE FERNANDES SALSA - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A DEDÊ 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 (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA JOSÉ MENDES PESSOA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SEVERINO JOSÉ DE ARRUDA FILHO**  
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 125 BROS ES** Objeto apreendido: **Não**  
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

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

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

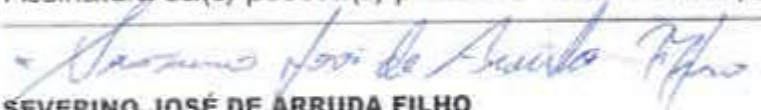
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/VW/VOYAGE** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

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 PERMANECEU REDUZINDO A VELOCIDADE POIS PRETENDIA VIRAR A ESQUERDA TÃO LOGO O VOYAGEM PASSASSE. QUE PRESUMIU QUE O VOYAGEM ESTAVA LHE VENDO E QUE OBTIVAMENTE NÃO PERMANECERIA AVANÇANDO A FAIXA CONTÍNUA. NO ENTANTO NÃO FOI O QUE ACONTECEU, POIS O VOYAGEM PERMANECEU AVANÇANDO ATÉ RASPAR LATERALMENTE COM ESTE DECLARANTE. COM A COLISÃO A MOTO E A VÍTIMA FORAM JOGADOS AO CHÃO, RESULTANDO EM PREJUÍZOS 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**  
(VÍTIMA)

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



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (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: Serequino José de Moura Filho

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

5 - Nome completo: Serequino José de Moura Filho 6 - CPF: 053.820.224-61  
7 - Profissão: Adv. Serviços Gerais 8 - Endereço: Rua Jandira A. Lima 9 - Número: 575 10 - Complemento: Cará  
11 - Bairro: Jose F. Silva 12 - Cidade: Limação 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.700-000  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): 081-996696080

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:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 0053 CONTA: 57391 5  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Div) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Limação (PE) 15/02/2020  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Serequino José de Moura Filho

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: 11/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINO JOSE DE ARRUDA FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00053

CONTA: 000000057391-5

---

Nr. da Autenticação 084307F3B09160F7

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 10.835.932/0001-06  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 9005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 115  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvidoria 0800 282 5599  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado  
de Pernambuco-ARPE: 0600-727-0157-Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

BEVERINO JOSE ARRUDA FILHO  
CPF: 053.829.224-01

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA PROFª JANDIRA ANDRADE LIMA 575

JOSE FERNANDES SALSALMOEIRO  
55705-000 LIMOIEIRO 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.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)

DATA DE VENCIMENTO

14/02/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

93,43

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

08/02/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

08/02/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

096076024

CONTA CONTRATO

097023473415

Nº DO CLIENTE  
2002041815

Nº DA INSTALAÇÃO  
900594439

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

52E7.9852.90F9.B39A.1D43.6909.AB23.83F2

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	112,06	0,42157891	47,22
Consumo Ativo(kWh)-TE	112,06	0,35484861	39,72
Adesão Bandeira AMARELA			1,31
Contrib. Ilum. Públicas Municipais			4,39
ICMS Subvenção-COE-4F 088255420-14/12/19			0,69
TOTAL DA FATURA			93,43

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	De Risco	Valor
17/02/20	08/02/20	132,51

Este consumidor NÃO possui dívidas de outros anteriores e NÃO contém dívidas em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento por falta de pagamento, poderá ocorrer a suspensão do contrato, podendo também ocorrer cobrança conjunta no sistema de crédito no Art. 22 RER 414/2010. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)-TUSD 0,42157891  
Consumo Ativo(kWh)-TE 0,35484861

HISTÓRICO DO CONSUMO

	KWH
FEV 20	112
JAN 20	112
DEZ 19	116
NOV 19	108
OUT 19	91
SET 19	140
AGO 19	164
JUL 19	171
JUN 19	109
MAI 19	114
ABR 19	120
MAR 19	106
FEV 19	113

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Grupo de Energia	26,32	28,17
Transmissão	5,29	5,72
Distribuição (Custo)	16,38	17,53
Energia Futuro	0,70	0,75
Tributos	35,85	38,57
Perdas de Energia	0,30	0,32
TOTAL	84,84	90,83

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
88,43	25,00	22,11	88,45	0,75	0,66	88,45	3,48	3,08

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MÊS/ANO	TIPO DA PERÍODO	ANTERIOR	ATUAL	INÍCIO	CONSTANTE	QUANTO	CONSUMO
04000002-14013001	CAT	11/01/2020	5.175,80	08/02/2020	5.287,04	28	1.080,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 10/02/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR APLICADO	MÉDIA ANUAL	MÉDIA MENSAL	MÉDIA DIÁRIA
DRG-Rede sem Energia	LIMOIEIRO	0,00	0,79	11,58	0,19
FRG-Rede sem Energia		0,00	0,10	0,68	0,09
DRG-Duração máxima de interrupção por hora		0,00	0,17	0,60	0,08
DRG-Duração de interrupção em dias úteis					
DRG-Valor de Encargo de Uso - R\$ 21,41					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: através de aplicativos, cartões de crédito ou em dinheiro. Para mais informações, consulte o site [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br).

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).

Condição ICMS sobre subvenção COE, conforme Decreto Estadual 36.458/13.

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

Pagão, em atraso gera multa 2% (Resolução ANEEL), Juros 1% (Lei 10.438/02) e atualização monetária no pro, mês.

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

Em caso de suspensão de fornecimento, o cancelamento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de fornecimento.

podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEL 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
007023473415	02/2020	93,43	14/02/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitura ótica.

838000000009 934300110075 023473415100 144743665030



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



BITA FISCAL - FÁBICA - GRUPO DE ENERGIA ELÉTRICA

Comptex Engenharia de Perspectivas  
Av. João de Barros, 117 - Boa Vista, Recife - PE 52060-012  
CNPJ 12.035.022/0001-09 (Insc. Est. 10.049.43-07) (www.cnpj.com.br)

INSTITUTO DE LA UNIDADE CONSUMIDORA  
AV. DEVESEN 93 FONE 250 510

DAIMON DO CLIENTE:  
JOSÉ VIEIRA DA COSTA

CPF 170 638 354-40

CLASSIFICAÇÃO  
III RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
INDUSTRIAL

01/01/2006	1000000004	1000000000
01/01/2006	1000000004	1000000000

CENTRO LINDOIRO  
LINDOIRO PE  
RATOS-003

7001722470 01/2020  
14/01/2020 04/02/2020  
281.48

Consumo Atacado (VW) T-102  
Consumo Atacado (VW) TE  
Atacado Bateria e Aquecedor  
Cores: Preto, Branco, Vermelho  
Cada Unidade: CDE-14-0100-14-0100-14-0100

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
318.0000000	0.47955187	151.59
418.0000000	0.34875870	144.78
		9.10
		25.72
		1.00

TOTAL DA FATURA	201,48
-----------------	--------

Copyright © 2006 by John Wiley & Sons, Inc.

EXEMPLIFICATIVO DE DANFUS PARA DESA RITA						
Nº DO REGISTRO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA 19-05-2008	ATUAL DATA	LEITURA 19-05-2008	Nº DO COMPARADO
019/061200	CA	06/07/2008	19-05-2008	19-05-2008	19-05-2008	000000

© 2000 Blackwell Science Ltd

Año	Nº de empresas
1980	200
1981	210
1982	220
1983	230
1984	240
1985	250
1986	260
1987	270
1988	280
1989	300

[illegible]

The following are the  
 names of the persons who  
 are members of the  
 committee on the  
 subject of the  
 proposed amendment  
 to the constitution  
 of the State of  
 New York.

Demonstração do Resultado do Exercício - 2013					Demonstração do Resultado do Exercício - 2012		
	Valor Atualizado	Valor 2012	Valor 2011	Valor 2010	Taxa de Câmbio	Valor 2012	
Receita de Vendas	1.000.000	800.000	600.000	400.000	100%	800.000	
Despesa com Vendas	(200.000)	(150.000)	(100.000)	(50.000)		(150.000)	
Resultado Líquido	800.000	650.000	500.000	350.000		650.000	
Imposto de Renda	(100.000)	(75.000)	(50.000)	(25.000)		(75.000)	
Resultado Líquido	700.000	575.000	450.000	325.000		575.000	
Dividendos	(100.000)	(75.000)	(50.000)	(25.000)		(75.000)	
Resultado Líquido	600.000	500.000	400.000	300.000		500.000	

Valor em R\$ 10.000 - Valor em R\$ 100.000 - Valor em R\$ 1.000.000 - Valor em R\$ 10.000.000 - Valor em R\$ 100.000.000 - Valor em R\$ 1.000.000.000 - Valor em R\$ 10.000.000.000 - Valor em R\$ 100.000.000.000 - Valor em R\$ 1.000.000.000.000 - Valor em R\$ 10.000.000.000.000 - Valor em R\$ 100.000.000.000.000 - Valor em R\$ 1.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 10.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 100.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 1.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 10.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 100.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 1.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 10.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 100.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 1.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 10.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 100.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 1.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 10.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 100.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 1.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 10.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 100.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 1.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 10.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 100.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 1.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 10.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 100.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 1.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 10.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 100.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 1.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 10.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 100.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 1.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 10.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 100.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 1.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 10.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 100.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 1.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 10.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 100.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 1.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 10.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 100.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 1.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 10.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 100.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 1.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 10.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 100.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 1.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 10.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 100.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 1.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 10.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 100.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 1.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 10.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 100.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 1.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 10.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 100.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 1.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 10.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 100.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 1.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 10.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 100.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 1.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 10.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 100.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 1.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 10.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 100.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 1.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 10.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 100.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 1.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 10.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 100.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 1.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 10.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 100.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 1.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 10.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 100.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 1.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 10.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 100.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 1.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 10.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 100.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 1.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 10.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 100.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 1.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 10.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 100.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 1.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 10.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 100.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 1.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 10.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 100.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 1.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 10.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 100.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 1.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000 - Valor em R\$ 10.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.000.00

Encaminhamento: ORTOPEDIA

Situación/Síntomas/Queixas/Eventos:

COLISÃO MOTO CARRO. FRATURA EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO. SPO2 94%.

Procedência: Via pública

Doenças preexistentes: NEGA

Régua de dor:	Moderada
---------------	----------

**Pré-consulta:**

Intolerância/Alerg.: NEGA

Parâmetros:	PA:	18/10	FC:	108	R:		T:		HGT:	102	Spa2:		GLASGOW:	15	Peso:	
-------------	-----	-------	-----	-----	----	--	----	--	------	-----	-------	--	----------	----	-------	--

Estado do Paciente: Consciente Orientado Calmo

Sintomas:	Dispnéia em repouso
-----------	---------------------

Dor torácica: \_\_\_\_\_ Duração da dor: \_\_\_\_\_Dor presente: Irradiação:

**Edemas:**

Observações:

Nº	Data:	Hora:	Nº:	Situação/Sintomas/Queixas/Eventos

11/18/2018 18:57 00111456 ONTOWEDIA

tüm	
trü	

**SERVIÇO NOTARIAL GRACIAS PAZ - 3º OFÍCIO DE LINÓIPEIRO** *Nota, Anexo e  
Folha Protetora*  
Rua Vilfredo Jacobson, 1734 - Centro, LINÓIPEIRO - AL 70000 - FONE: (31) 3000.2111 - FAX: (31) 3000.2112

Certifico que a presente copia e a reprodução fiel do original que  
foi apresentado em qual autuante a sou Te Anal. 31 000 TERS  
8.48 FISCAL 0.34 FISCAL 0.32 FISCAL 31-63 0.31 131 31-0 31  
Condição autuante em um tipo que do/eletrônica  
Linóipeiro-PE 10/11/2013 15:13:46 Cod 0.16 2 Test  
da variedade EU AMARILLO VINTO QUE SANTOS  
Substituto

Salv: 0573726.MUF002DI001.02453

**Queixas / Diagnóstico**

### Tratamento

Breast in history  
de colorado notations  
we're no There under - Breast  
HIV: Fracture exposed ~ 50 @?  
Rx - 50 @ : Fracture F3 3<sup>rd</sup> 4-  
C.R. Tnt @ 12<sup>th</sup> Coast 70 + 4-in-for

Exames complementares

7. Impressão diagnóstica

Motivo da saída: ☐ Residência ☒ Internado

**Justificativa:**

Encaminhado:Removido:Óbito às:                    h                    m   do dia:                    /                    /Data saída:                    /                    /                    Hora saída:

☐ Curativo

☐ Nebulização

☐ Adm. do medicamento

☐ Retirada de ponto

Técnico / Coren

**Atendimento Médico**  
☐ Urgência  
☐ Obs. até 24 hs

Médico / CRM

~~Dr. José Manuel Souza~~  
~~Unidade Acadêmica de Ciências Exatas~~  
~~CRM 25.216/9~~

Cod procedimento	02000020094
------------------	-------------

Técnico / Conselho

Horário	14h30min às 16h30min
---------	----------------------

## TRANSFERÊNCIA - ADULTO

Senha:	5804841		
Médico:	Dr. Miguel	CRM:	
Paciente:	Leandro José de Araújo Filho		
Idade:	43	Registro Ambulatorial:	48009
Endereço:	Travessa Santa M. Nº: 07		
Bairro:	Centro		
Cidade:	Lombroso		
Hospital de Destino:	H.O.F.		
Auxiliar/Técnico:	Mariana		
Familiar/Acompanhante:	Mariana (estada)		
Motivo:	condição cirúrgica		
Diagnóstico:	Fratura		
Veículo:	Somni	Placa:	KYB 3781
Motorista:	Paulo	Município:	Lombroso
Setor:	Ortopedia		
Saida/Data:	30/10/19	Hora:	14:30
Chegada/Data:		Hora:	
Funcionário Responsável pelo Preenchimento:	Valdemir		
Observações:			



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**

1ª via Branca/ 2ª via Rosa/ 3ª via Jornal

Unidade de Saúde		Município	Região de Saúde	
Nome do Paciente <i>Severina Silva de Arruda</i>				
Quadro Clínico <i>Presente com histórico de AVC</i>				
Diagnóstico <i>Fratura exposta F3 3º e 4º QDE</i>				
1ª Remoção	Destino	Município	H. de Saída	H. de Chegada
	Motivo (Registro Detalhado) <i>Leitura 30/06/2019</i>			
	Assinatura do Médico Assistente <i>[Assinatura]</i>		Nº do C.R.M.	Data
2ª Remoção	Destino	Município	H. de Saída	H. de Chegada
	Motivo (Registro Detalhado) <i>Tratamento</i>			
	Assinatura do Responsável <i>[Assinatura]</i>		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



HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA



Pernambuco  
ESTADO DE PERNAMBUCO

de consultas.

3183.0149 (Ambulatório)

Ligar a partir das 13h00min. Até  
as 16h50min.

# Resumo de Alta Hospitalar / Orientação Final / Fich

Nome: Severino Jor de A. FILI Registro r  
Idade: 4 Sexo: M Data da Admissão: 30/10/19 Data da Alta: 31/10/19

Diagnósticos Definidos: Fratura de fêmur

Conduta / Procedimentos Realizados:

curativos

Prescrição para o Domicílio:

Anal gésico / Antibiótico

Informações Complementares:

Presença de mecânica elevadas

7/10/19

Programação após Alta Ambulatório de Egresso: SIM ☒ Data da Consulta:    /    /    NÃO ☐

Assinatura do Médico e Carimbo

Dr. Carlos R. P. Rênan  
Ortopedia-traumatologia  
CRM 15.463

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES / PE  
Fundação Professor Marquino Fernandes - IMIP Hospitalar  
Hospital Metropolitano Sul - Dom Helder Câmara  
Rodovia BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000  
Cabo de Santo Agostinho - PE

CC

13/2  
Leitura (19) - 2FA + AD CL. AT

Dr. JOSÉ LUIZ SOUZA  
OAB/PE 21.128

13/2  
Cart. de Moto, há 2 horas  
realizado curativo em HSE. Refere do  
no local, transferido p/ HOF

Dr. JOSÉ LUIZ SOUZA  
OAB/PE 21.128

13/2  
VAT - Adose. I.M.

Dr. JOSÉ LUIZ SOUZA  
OAB/PE 21.128

SERVIÇO NOTARIAL GRAÇAS PAZ - 3º OFÍCIO DE LINDEIRO

Ata, Mota do Grupo de  
2nd Prato de Moeda  
10000 Tons

Destinado que a presente copia e a reprodução fiel do original que se  
foi apresentado ao qual autentico a dou fa. Aval. R\$ 3.00. Valor R\$  
0.40. FISCAL R\$ 0.34. FISCAL R\$ 0.03. FISCAL R\$ 0.05. FISCAL R\$ 0.07.  
Cópia autenticada em nome: 12ps. Que se AUTENTICAR.  
Limeira-PE 14/11/2019 15:13:44. Hora 15. Em Teste.  
da verdade, eu ASSINAR FISCAL DO SANTOS

Substituto

data: 0070724-85F08201901.02451

## 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: 121674

Nome da Mãe: INACIA COSME DE OLIVEIRA

Nome do Pai: SEVERINO JOSE DE OLIVEIRA

Data do Nascimento: 28/01/1975

Idade: 43 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil:

RG: 5232285

SDS PE Data Emissão:

CPF: 05382022461

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: AUXILIAR SERVICO GER/

Endereço: RUA PROFESSORA JANDIRA DE AN 575

CENTRO

Cidade: LIMOEIRO

PE

CEP: 55700000

Fone: 992260913

## DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: DEMANDA ESPONTANEA

Médico: JACIEL 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, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 30/10/2019

Assinatura e R.G. do Responsável:

*Amanda Carla de Andrade Moura*

## SUMÁRIO DE ALTA

Indicações de Alta:

Diagnóstico:

Procedimento:

Data e Hora:

Médico e C.R.M.:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G.:

*Dr Carlos R. P. Rocha*  
Ortopedia-Traumatologia  
CRM 15.483

*Dr. Michel*  
05/11/2019

*Solange Lyra*  
Faturamento - SAME  
05 NOV 2019

0840



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 530992

Senha da Classificação:

0061

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

Paciente: 121674 SEVERINO JOSE DE ARRUDA FILHO Sexo: MASCULINO  
 Data do Nascimento: 28/01/1976 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: Nome do Médico: LACIEL SOARES DE OLIVEIRA CRM: 17726  
 Endereço: RUA PROFESSORA JANDIRA - JOSE FERNANDO 575 Bairro: CENTRO  
 Cidade/UF: LIMOEIRO PE Usuário Atendimento: THAYANECS  
 RG (Identidade): 5232285 SDS PE Data de Emissão:  
 CPF (Cadastro de Pessoa Física): 05382022461 Fone: 992260913  
 Cartão SUS: Data de Emissão CRN:

## RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

## Queixa Principal

*Painel no tornozelo da perna esquerda  
 há 10 dias, com inchaço e dor  
 após caminhar*

## Exame Físico

*Não há sinais de infecção*

## Diagnóstico

*Painel agudo com fratura fechada*

## Conduta Terapêutica

*Sobretudo M*

## Prescrição Médica

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dr. Luciano L. Cunha Jr.  
 Ortopedia - Traumatologia  
 CRM - PR 19571/CREMEPE 25028  
 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: 28/01/1976  
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: **URGÊNCIA - AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: PACIENTE VEIO EM LIVRE DEMANDA COM UMA FRATURA EXPOSTA EM MÃO ESQUERDA. MEMBRO SE ENCONTRA IMOBILIZADO NO MOMENTO. FATO OCORREDO 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 Dr<sup>o</sup>(a) \_\_\_\_\_, credenciado(a)  
pelo Hospital Dom Helder Câmara, a realizar o(s) seguinte(s):

- ☐ Tratamento: \_\_\_\_\_  
☐ Assistência clínica: \_\_\_\_\_  
☐ Procedimento: \_\_\_\_\_ ou  
☐ Exame: \_\_\_\_\_

a que será submetido.

Declaro que estou ciente dos benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis que me foram explicadas claramente pelo médico, Dr<sup>o</sup>(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, compreendi 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.: 09/03/1995 Grau de parentesco: Enteada

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 \_\_\_\_\_

Edgley Lacerda  
Traumato-Ortopedia  
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 serei submetido nesta instituição.

Autorizo o médico anestesiológista abaixo identificado, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente cadastrados por esta instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico:

Declaro ainda que:

a) 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 anestesiológista. A(s) alternativa(s) de procedimento anestésico indicadas para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações me foram explicadas satisfatoriamente.

b) Foi 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 foi esclarecido, também, de que a resposta à administração de medicamentos é individual e que a ocorrência de efeitos colaterais ou indesejados é imprevisível.

c) 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.

d) Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anestesiológista 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).

e) Foi 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. Foi informado, também das complicações que podem advir do uso destas substâncias.

Confirmo que recebi explicações, compreendi 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.: 09/03/1995 Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Cabo de Santo Agostinho, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

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, 20 de 10 de 20 19

Dr. Graça Couto  
Assinatura do médico  
CRM 5083

## HISTÓRIA CLÍNICA

### Identificação

Nome: Severino Teófilo de Melo Filho Registro: 101674 N° Atendimento: 510002  
Idade: 43 Sexo: M Estado Civil:  Cor:  Acompanhante: ( ) Sim - ( ) Não  
Clínica: Ortopedia Enfermaria:  Leito:  Ocupação:

Queixa Principal e Duração: Doi e expontes a partir de 2.2.20

História da Doença Atual: Paciente vítima de acidente automobilístico às 15h10, com expontes de dor e ruptura parcial do ligamento cruzado anterior.

Interrogatório Sintomatológico: Não há dor com movimento

16/02/2020  
Dr. Luiz Carlos de  
Oliveira  
Médico Assistente

Caso de São Agostinho

Secretaria de Estado de Saúde  
Hospital Metropolitano Dr. Dom Helder Câmara  
Rua da Liberdade, 100 - 5º andar - CEP 50010-000  
Recife - PE



## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Silvia Maria da Paes de Almeida Registro: 121674Clínica: Cardiologia Enfermaria: SRPA Leito: 101

Data/Hora	Enfermagem
31-10-19	
06:00	Paciente em EOB, consciente, orientada, eufórica, deito na V.D. com exames de rotina e exames de laboratório, em 1º de 12 de história de início de, de acordo com condutas em SRPA
31/10/19 9:00	Estável, fo e potência de pul alto e onta
31/10/19	Paciente em 1º DPO de Natureza em mão e, em EGB, consciente, orientada, eufórica, afável, boa aceitação da dieta V.D., eliminação (T), medicação CPN, Heico alto com orientações

Dr. Grazielle Soares  
Enfermeira  
CRM 10.147

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

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

Aviso da Cirurgia: 43586 Sala: 0003 SALA 03  
Paciente: 121674 SEVERINO JOSE DE ARRUDA FILHO  
Convênio: 1 Atendimento: 530997  
Leito: 673 SUS - INTERNACAO  
Dt. Início: 30/10/2019 20:50 Dt. Fim: 30/10/2019 21:50  
Cid Pré-Operatório: S627 LEITO 12  
Cid Pós-Operatório: FRATURAS MULTIPLAS DE DEDO(S)  
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

QUIRURGO 14583 EDGLEY MACIEL LACERDA JUNIOR  
ANESTESISTA 5083 GRACA MARIZA COUTO RIBEIRO PESSOA

Descrição Cirúrgica:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM MESA CIRÚRGICA
2. ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. LIMPEZA CIRÚRGICA EXAUSTIVA COM SF 0,9%
5. DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
6. SEM FRAGMENTOS PASSÍVEIS DE FIXAÇÃO COM FIO K
7. APROXIMAÇÃO DE FO
8. CURATIVO
9. RX DE CONTROLE

Intercorrências Cirúrgicas:

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

Observações Cirúrgicas:

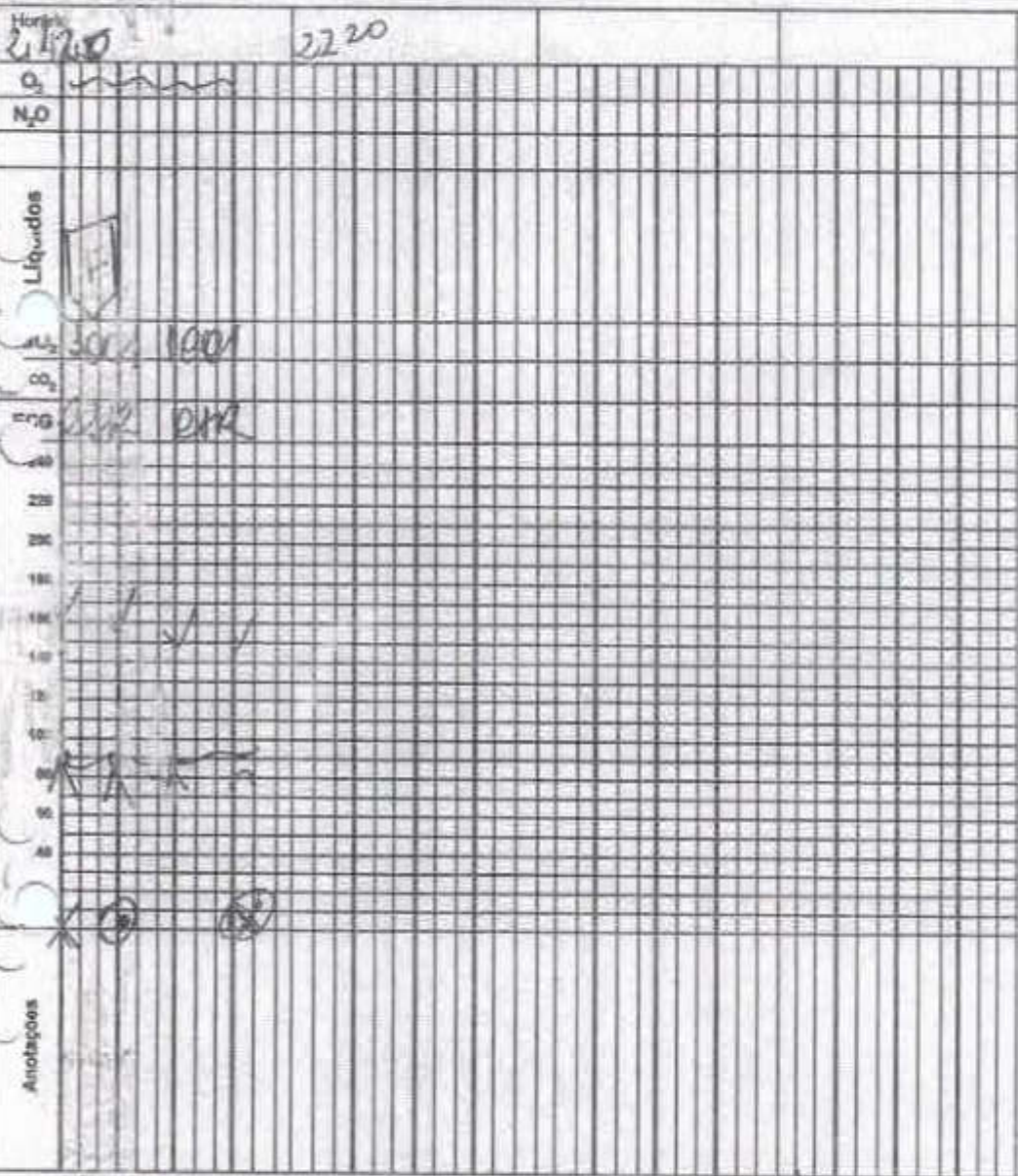
Descrição Complementar

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

Edgley Lacerda  
Traumato Ortopedista  
CRM 14583

Solange Lyra  
Faturamento / SAME  
05 NOV 2019

Paciente: SEBASTIÃO JOSÉ DE ARRUDA FILHO  
 Sexo: M Doc: 7d Idade: 43 Raza: L  
 CRM: DR. GRACA COUTO Nome do Anestesiologista: EDGILEF  
 Tipo de Anestesia: Sutura de fechamento do 3º e 4º QDE  
 Urgência: ☐ NÃO ☐ SIM



Drogas Usadas	Quantidade
oxlo 2/51V10	250uf
ox destilada	10uf
cefazolima	2m
audametona	8uf

Técnica Anestésica: Bloqueio do punho  
(E)

**Monitorização**

☒ Cardíaca ☐ BIS  
☒ Oximétrico ☐ Temperatura  
☒ PNI ☐ Swan-Ganz  
☐ Sonda Vesical ☐ Analisador Gases  
☐ Cateter ☐ PVC  
☐ Elet. Pré-Cardial ☐ Estimulador de Nervo  
☐ Deriva ☐ Linha Arterial  
☐ Volémia (BP Plus)

**Encaminhado**

☒ Acordado ☐ Sonolento  
☐ Intubado  
**Destino**  
☒ SRPA ☐ Apert/Enf.  
☐ UTI ☐ Externo

Interconferência: ☒ NÃO ☐ SIM

Descrever:

Observações:

Stamp: 05 NOV 2019  
Dr. Graca Couto  
 Médica Anestesiologista  
 CRM 5083

Assinatura de Anestesiologista



GESTÃO  
**IMIP**  
HOSPITALAR

Exame Físico:

*Normal - Semelhante*  
*Fluor U*

63

HISTÓRIA CLÍNICA

Antecedentes Pessoais:

*Np*

Medicações em Uso

*Np*

Antecedentes Familiares:

*Np*

Hipótese Diagnóstica Principal:

*Exponção óssea e ligamentar para*  
*o fêmur mob.*

Hipóteses Diagnósticas Secundárias:

Plano Terapêutico:

Cabo de Santo Agostinho, 30/10/18

Dr. Luciano L. Cunha Jr.  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM - RJ 157.409/2018

Assinatura e Carimbo

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

**GERÊNCIA DE ENFERMAGEM**  
**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO**

**1 - IDENTIFICAÇÃO:**

Nome: SEVERINO JOSÉ Data: 30/12/19 Hora: \_\_\_\_\_ Registro: 121674  
Cirurgião: SUS Leito: \_\_\_\_\_ Paco: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

**2 - EQUIPE MÉDICA:**

Cirurgião: DR. GUGLIELMO Anestesiologista: DR. GMAI LOPES  
Assistente: \_\_\_\_\_ 2º Auxiliar: \_\_\_\_\_ Instrumentador: LUZINHA

**3 - DADOS DA CIRURGIA:**

Cirurgia: SPERMECTOMIA DO 3º-6º Início: 11:40 Término: 13:20  
Anestesia: Bloqueio Início: 11:20 Término: \_\_\_\_\_

**4 - PRÉ-OPERATÓRIO:**

Estado Geral: ( ) Bom ( ☒ ) Regular ( ) Grave  
Nível de Consciência: ( ) Orientado ( ☒ ) Consciente ( ) Sonolento ( ) Coma  
Respiração: ( ☒ ) Espontânea ( ) Entubado ( ) Traqueostomizado  
Triclonia: ( ) Sim ( ☒ ) Não  
Chegou no CC em uso de: cadeia

**5 - TRANS-OPERATÓRIO:**

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

**5.1 - EQUIPAMENTOS:**

Oxímetro de Pulso ( ☒ ) Monitor Cardíaco ( ☒ ) PNI ( ☒ ) Bomba CEC ( ) Aspirador ( )  
Cabo de Termos ( ) Bisturi Ultrassônico ( ) Endoscópio ( ) Microscópio ( )  
Cabo de Eletrodo ( ) Local de Placa \_\_\_\_\_  
Cabo de Anestesia ( ☒ ) Difusor ( ) Intensificador ( )  
Fio de Sutura ( ) Bomba de Infusão ( ) Nº ( )  
Cabo de ( ) Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_  
Fio de ( ) Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_  
Cabo de ( ) Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_  
Cabo de \_\_\_\_\_

**5.2 - PROCEDIMENTOS:**

Cateter Urinário: Sim ( ) Não ( ☒ ) Função Venosa: Sim ( ) Não ( ☒ )  
Sonda Vesical de Demora: Sim ( ) Não ( ☒ ) Sonda Gástrica: Sim ( ) Não ( ☒ )  
Drenagem (Tipo e Local): Sim ( ) Não ( ☒ )  
Curativo (Tipo e Local): Sim ( ☒ ) Não ( ) F.O.

**5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:**

ANESTESIA: \_\_\_\_\_ CIRURGIA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6 - OBSERVAÇÕES:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO**

Respiração: Acordado ( ) Narcose ( ) Entubado ( ) Traqueostomizado ( )  
Estado Geral para: BRPA ( ) S. Intensiva ( ) LICOR ( ) UTI ( ) APF ( ) Residência ( )

Data: 31/12/19 Hora: \_\_\_\_\_ Enfermeira: DANIELA Circulante: CADUROS



HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO  
IMIP  
HOSPITALAR

# 1. Identificação

Leito da SRPA:

Nome: Guilherme José de Almeida data: 30/10/19 Hora: 23:00 Registro: 323674  
Leito de origem: \_\_\_\_\_

# 2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Pin Sutura Torçães Ferimentos  
Tipo de anestesia: Bloqueio de Punho  
Equipe: Dr. Cadogan Anestesiista: Dr. Graça Couto

# 3. Admissão

Estado geral: ( ) Bom (x) Regular ( ) Torporoso ( ) Grave<sup>o</sup>  
Respiração: (x) Espontânea ( ) Assistida não invasiva ( ) Entubado ( ) Traqueostomizado  
Sonda: ( ) SVD ( ) SNG ( ) SNE  
Acesso Venoso Periférico: ( ) Não (x) Sim Onde: USD  
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

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	<u>93:15</u>	<u>93:45</u>	<u>00:00</u>	<u>00:30</u>	<u>01:00</u>	
PA	<u>157x96</u>	<u>137x78</u>	<u>152x88</u>	<u>139x88</u>	<u>149x100</u>	
FR	<u>19</u>	<u>23</u>	<u>24</u>	<u>21</u>	<u>21</u>	
FC	<u>82</u>	<u>72</u>	<u>90</u>	<u>81</u>	<u>83</u>	
SaPO2	<u>97%</u>	<u>93%</u>	<u>97%</u>	<u>96%</u>	<u>96%</u>	
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: 06:30h Responsável pelo encaminhamento: \_\_\_\_\_

Alta da SRPA pelo médico: \_\_\_\_\_

Dr. Graça Couto  
Médico  
Anestesiologista  
CRM 5083

CRM 38398

HISTÓRICO		SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA		GESTÃO HOSPITALAR	
BLOCO CIRÚRGICO - SRPA					
Nome: <u>JOSE DE AMARAL</u>		Registro: <u>121639</u>		Leito: <u>08</u>	
Procedimento cirúrgico: <u>LC. Cistite Vesical</u>		Data: <u>30/10/19</u>		Hora: <u></u>	
DIAGNÓSTICO		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		HORÁRIOS	
1. Ansiedade ( <input checked="" type="checkbox"/> )		<input checked="" type="checkbox"/> Encorajar verbalização dos sentimentos e medos <input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar apoio emocional <input checked="" type="checkbox"/> Dar informação ao paciente e familiares <input type="checkbox"/> Outros			
2. Ventilação prejudicada ( )		<input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado <input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário <input type="checkbox"/> Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz <input type="checkbox"/> Manter o paciente em posição de Fowler <input type="checkbox"/> Anotar horário/valor de queda da saturação. FC e FR <input type="checkbox"/> Instalar ( ) Manter ( ) Anotar oximetria de pulso <input type="checkbox"/> Outros			
3. Padrão de eliminação urinária ( ) Diminuído ( ) Aumentado		<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de <u> / </u> h <input type="checkbox"/> Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen) <input type="checkbox"/> Colocar o paciente em posição de Fowler <input type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição <input type="checkbox"/> Registrar se: ( ) Dor ao urinar <input type="checkbox"/> Abaulamento em região suprapúbica ( ) Ausência de diurese espontânea <input type="checkbox"/> Outros			
4. Dor ( ) Leve ( ) Moderada ( ) Severa		<input checked="" type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar a localização e a intensidade da dor <input checked="" type="checkbox"/> Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação <input checked="" type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da dor <input checked="" type="checkbox"/> Registrar características e intensidades da dor <input checked="" type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Descrever características da lesão			
5. Integridade tissular prejudicada ( <input checked="" type="checkbox"/> )		<input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo a cada <u>4</u> / <u>24</u> h <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação <input type="checkbox"/> Medir débito de dreno de <u> / </u> h <input checked="" type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por <u>24</u> h <input type="checkbox"/> Outros			
6. Sangramento ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Local: <u></u> ( ) Leve ( ) Moderada ( ) Severo		<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de <u> / </u> min <input type="checkbox"/> Manter elevado: <u></u> <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo oclusivo <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Pinçar dreno ao manusear o paciente			
7. Imobidade no leito prejudicada ( )		<input type="checkbox"/> Avaliar mobilização de dreno (Tracionado) <input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição: <u></u>			



HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO  
IMIP  
HOSPITALAR

## IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

### 1. Identificação

Nome: SEVERINO JOSE Data: 30/10/19 Registro: 152674  
 Convênio: SUS Leito: \_\_\_\_\_ Hora: 21:00

### 2. Equipe médica:

Orçãõ: DR. ED GLEY 1º auxiliar: \_\_\_\_\_  
 Anestesista: DR. GIMES Instrumentador: W. L. LIMA  
 Circulante: W. L. LIMA

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
Lup	HDH blue → black 01 30.10.19 01 1 cm ITEM 2 29.04.205164	
Capto	HDH blue → black 02 23.10.19 02 1 cm ITEM 2 29.04.207717	
Punho do Fato	HDH blue → black 01 22.10.19 01 1 cm ITEM 2 29.04.205164	
Bastão do mão	HDH blue → black 02 21.10.19 02 1 cm ITEM 2 29.04.207737	

PACIENTE:	SEVERINA JOSE DE AQUINO	DATA:	30/3/20
CIRURGIÃO:	DR. EDGLEY	RG:	121634
ANESTESISTA:	DR. GABRIEL	AUXILIAR:	
CIRURGIÃO:	DR. CARLOS	ANESTESIA:	Bloqueio
ESTRUMENTADOR:	DR. CARLOS	COORDENAÇÃO DO BLOCO:	3-64-200
CIRCULANTE:	CARLOS	COREN:	
ENFERMEIRA:	DANIELA	HORÁRIO INICIAL:	11:40
		HORÁRIO FINAL:	15:20

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
AGULHAS			
13X4,5	25X7	25X8	40X12
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27
ATADURAS			
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
SADE 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM	
CANULAS			
TRACHEOST 7,0	TRACHEOST 7,5	TRACHEOST 8,0	TRACHEOST 8,5
TRACHEOST 9,0			
CATETER			
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 18	SUBCLAVIA 18
EPIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 18	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	
LIMPADORES			
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400
CURATIVOS			
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX
EQUIPOS			
BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SORO MACRO
EXTENSORES			
20CM	40CM	60CM	120CM
LAMINAS			
TURB 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.	B5. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/ VIDEO
GOLET. ABERTO	GOLET. FECHADO	CONEXÃO 2VIAS	CONEXÃO 4VIAS
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GAZES	GELFOAM
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
DRENOS			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCCAO 3,2	SUCCAO 4,8	SUCCAO 6,4
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 20
TORAX 26	TORAX 38	TORAX 32	TORAX 36
SONDAS			
ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ 2,0	ENDOTRAQ 2,5	ENDOTRAQ 3,0
ENDOTRAQ 3,5	ENDOTRAQ 4,0	ENDOTRAQ 4,5	ENDOTRAQ 5,0
ENDOTRAQ 5,5	ENDOTRAQ 6,0	ENDOTRAQ 6,5	ENDOTRAQ 7,0
ENDOTRAQ 7,5	ENDOTRAQ 8,0	ENDOTRAQ 8,5	ENDOTRAQ 9,0
FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
FOLEY 2VIAS 06	FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12
FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20
NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 16
NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4
URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20
FIOS CIRURGICOS			
ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDIACA
CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 2
PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	CERA P/OSSEO	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 8X75	ACO 1	ACO 4	ACO 6



Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara  
IMIP Hospitalar  
CNPJ: 09.039.744/0006-80

## HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

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

### CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 121574

Nome: SEVERINO JOSE DE ARRUDA FILHO

Mãe: INACIA COSME DE OLIVEIRA

End: RUA PROFESSORA JANDIRA DE ANDRADE LIMA

E: Leito 12

Atendimento: 530997

Leito: 673

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 / broncoaspiração?

☒ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

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

☒ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

#### ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- ☒ Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
- ☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam
- ☒ Identificação do paciente
  - ☒ Local da cirurgia a ser feita
  - ☒ Procedimento a ser realizado

Antecipação de eventos críticos:

- ☒ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia?
- Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? 1

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

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

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

☒ Sim

☐ Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

☒ Sim Rx

☐ Não se aplica

#### ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe

- ☒ Nome do procedimento realizado LC + Sutura não (E)

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

- ☐ Biópsias estão identificadas com o nome do paciente

- ☐ Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido 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 - 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

# PROCURAÇÃO

Otorgante: Severino José de Arruda Filho, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão AN. Services Lums, residente e domiciliado à Rua Av. José Jucimar A. Lima, nº 515, bairro PE FASE F-5/5A, Município de Lins, Estado de(o) PE, Cap. 55.100.000, portador(a) do RG nº 5.232.785, SSP/PE e CPF nº 053.820.224-61.

Otorgado: José Vieira da Costa, brasileiro(a), estado civil casado, profissão representante, residente e domiciliado(a) à Rua Av. Severino Pinheiro, nº 516, bairro Centro, Município de Lins, Estado de(o) PE, Cap. 55.100.000, portador(a) do RG nº 1340441, SSP/PE e CPF nº 170.688.354-49.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr(a) Severino José de Arruda 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(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da 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 amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Lins (PE) 31 de Janeiro de 2020

CARTÓRIO  
2º OFÍCIO  
LIMOEIRO - PE  
Tel.: (81) 3628-0099

Severino José de Arruda Filho  
Otorgante  
CPF nº 053.820.224-61

**CARTÓRIO 2º OFÍCIO** ELAINE DE AGUIAR MOURA SANTOS/ANI - Tabelão  
Rua da Moura, nº 52 - Bairro Centro - Limoeiro/PE - CEP: 55.700-000 - Telefone: (81) 3628-0099  
e-mail: cartorio2oficiolimoeiro@sho.com.br

Analice Nunes de Amorim  
Reconheço por autenticidade a assinatura de SEVERINO JOSÉ DE ARRUDA FILHO, do RG 5.232.785, em 09/02/2020 09:47 em test. de verdade. ANALICE NUNES DE AMORIM, (SUBST. (A)), Emol.: R\$ 3,71 TSNP: R\$ 0,82 FERC: R\$ 0,41 ISS: R\$ 0,21 FERM: R\$ 0,04 FUNSEG: R\$ 0,06 por Selo: 0073981. LOV2202001.00365. Consulte autenticidade em <http://tpe.jus.br/velodigital>



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0079321/20

**Vítima:** SEVERINO JOSE DE ARRUDA FILHO

**CPF:** 053.820.224-61

**Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

**Data do acidente:** 30/10/2019

**Titular do CPF:** SEVERINO JOSE DE  
ARRUDA FILHO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-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](http://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 Carolyn Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

JOSE VIEIRA DA COSTA

Steffany Carolyn 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