
Rio de Janeiro, 20 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200184586

Vítima: GEANDRO LUIZ DA SILVA

Data do Acidente: 19/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GEANDRO LUIZ DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200184586

Vítima: GEANDRO LUIZ DA SILVA

Data do Acidente: 19/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GEANDRO LUIZ DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: **GEANDRO LUIZ DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000002192**

Conta: **0000090573-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DP91ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0181000223**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/02/2020** às **11:26**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **19/11/2019** às **05:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BEZERROS, 01, RUA SIQUEIRA CAMPOS** - Bairro: **CENTRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **ESTAÇÃO FERREA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SEM AUTORIA (AUTOR \ AGENTE)
GEANDRO LUIZ DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

GEANDRO LUIZ DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA RISALVA DA SILVA** Pai: **ANTONIO FRANCISCO DA SILVA** Data de Nascimento: **16/1/1984** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7357695/SDS/PE (RG), 06067346435 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **RUA FREI CANECA, 187 - CEP: 0 - Bairro: MORORO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

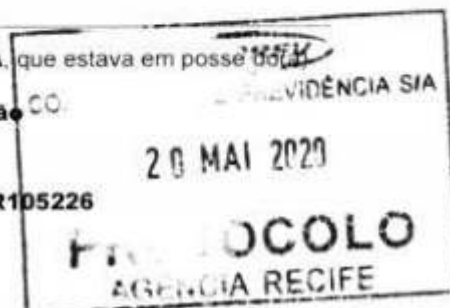
SEM AUTORIA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GEANDRO LUIZ DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GEANDRO LUIZ DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS KS** Objeto apreendido: **NAO** CO:
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYX5453** (PERNAMBUCO/BEZERROS) Renavam: **997779721** Chassi: **9C2KD0550ER105226**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**



Complemento / Observação

A VITIMA TRAFEGAVA COM SUA MOTOCICLETA PELO CENTRO DA CIDADE, QUANDO AO PASSAR PROXIMO A ESTACAO FERREA O PNEU DIANTEIRO DERRAPOU EM UM DOS TRILHOS, FAZENDO COM QUE A VITIMA PERDESSE O CONTROLE DA MOTOCICLETA CAINDO EM SEGUIDA AO CHÃO, QUE A VITIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA A UNIDADE MISTA SÃO JOSE, LOCAL ESTE ONDE RECEBEU ATENDIMENTOS MEDICOS CONFORME CONSTA NA FCIHA DE Nº 974.361, DE ONDE FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE NA CIDADE DE CARUARU - PE, CONFORME DOCUMENTOS PRESENTADOS PELA PRÓPRIA VITIMA, NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

Geandro Luiz da Silva
GEANDRO LUIZ DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **CLOVES VITORINO DA SILVA** - Matrícula: **3811646**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASC: 3 - CPF da vítima: 060.673.464-35 4 - Nome completo da vítima: Geandro Luiz da Silva

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

5 - Nome completo: Geandro Luiz da Silva 6 - CPF: 060.673.464-35
7 - Profissão: Robinson de 8 - Endereço: Rua Frei Caneca 9 - Número: 197 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Bezerros 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55660-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (81) 9.9258-3087

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2392 CONTA: 90573 1 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 rogo/a pedido

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Bezerros 02/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. Geandro Luiz da Silva, Identidade 7.357.695 SDS-PE, CPF 060.673.464-35 que constam nos registros de ocorrências do SAMU BEZERROS, atendimento realizado ao mesmo, número da ocorrência -5940 no dia 19 de Novembro de 2019, às 05h:23min, com queixa de queda de moto, na Rua Siqueira Campos, Bezerros - PE. Tendo sido enviada uma UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, que prestou atendimento a vítima no local, transportando-a em seguida para a UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ.

Certa de pronto atendimento, desde já agradece.

Bezerros, 27 de Novembro de 2019.

Regina morais
Coord. - SAMU
Bezerros-PE

Rua: Vitoriano Pereira de Lima, 84 - Centro - CEP 55660-000 - Bezerros - PE

FONE/FAX: 3728-6716/6717 - RAMAL-34

CO

20 MAI 2020

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

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: 28/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GEANDRO LUIZ DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02192

CONTA: 000000090573-1

Nr. da Autenticação 6A4A011CB18DB16A



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



2/2020

FICHA DE ATENDIMENTO		CARTÃO DO SUS:	REGISTRO: 974 362
DATA: 19.11.19		HORA: 05:51	TELEFONE:
NOME: <u>Geandrey Luis da Silva</u>		IDADE: 35 anos	
NOME DA MÃE: <u>Maria Rivalves da Silva</u>			
DATA DE NASCIMENTO: / /		ACOMPANHANTE:	
END: R. <u>Dr. Lomica</u>		BAIRRO: <u>Centro</u>	N.º 197
CIDADE: <u>Bezerros</u>		SINAIS VITAIS	
PA: 110/70 mmHg	HGT: 134 mg/dL	T: °C	PESO: kg
Téc. Enfermagem/COREN			

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ ADULTO

I - Sinais de Emergência imediata

CLASSIFICAR COMO VERMELHO

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

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

CLASSIFICAR COMO AMARELO

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

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

CLASSIFICAR COMO VERDE

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

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

CLASSIFICAR COMO AZUL

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

CLASSIFICAÇÃO

- ☐ Vermelho
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul

Quadro de acidente de moto.
Não vomito, dor abdominal.
Suspeito de fratura em UB aguardo atendimento.

Alergias: () NÃO () SIM, à

ENCAMINHADO:

ORIENTAÇÕES



Jessika Nascimento
Enfermeira
COREN-PE 427693

Assinatura da enfermeira e carimbo

Assinatura da Assistente Social e carimbo

FICHA DE ATENDIMENTO

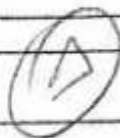
Alergias: () NÃO () SIM, à

REGISTRO:

Queixos:

FRATURA CLAVICULA TIPIA / ASIA

Exame físico:



AROS ANTES NADA

H.O.:

CONDUTA/ REAVALIAÇÃO/ CONDUTA MEDICAÇÃO

Conduta:

1) ~~TRAMAL 100~~ (EV)
36 0,9% 10ml2) ~~MORFINA 20mg~~3) ~~RODOLIN 26x40~~ (EV)

COF. 2020 GRA 5818/60

TIPO DE CONSULTA

MOTIVO DA ALTA

ÓBITO

ATESTADO

Consulta simples

Melhora

Data:

Consulta e/ Observação

Solicitação

Hora:

SIM ()

Indicação (Internamento)

Transferência

NÃO ()

Indisciplina

Dias:

Óbito

DIAS:

Data: / /

Hora: / /

COF.

EVIDÊNCIA SIA

Médico - CREMEPE
(Carimbo)

20 MAI 2020

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



35

COPIA
PREVIDÊNCIA SIA
20 MAI 2020
PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessário que
o Sr.(a) **Geandro Luiz da Silva**

Esteve Interno (a) nesta Unidade Hospitalar, no dia, **19/11/2019 a 21/11/2019**

Registro: **349259**

Diagnostico: **Fratura da Perna Direita.**

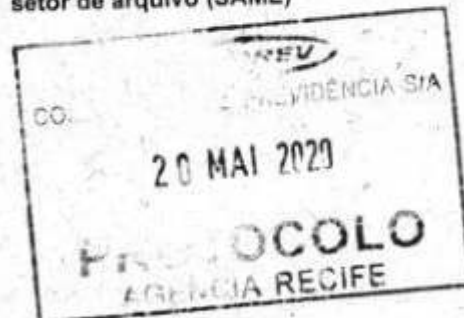
Tratamento: **Cirúrgico**

OBS: **Vítima de Acidente de Trânsito. CID: S82.**

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 17 de Dezembro de 2019
109.794.975/0269-27
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
BR 232, Km 130
Indianópolis - CEP 55000-000
Caruaru - PE

setor de arquivo (SAME)



**Ortomédica**

COMÉRCIO ORTOPÉDICO LTDA.

Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim

CEP: 52.060-210 - Recife - PE

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

Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

RG. 349259

CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA

(RQ-06)

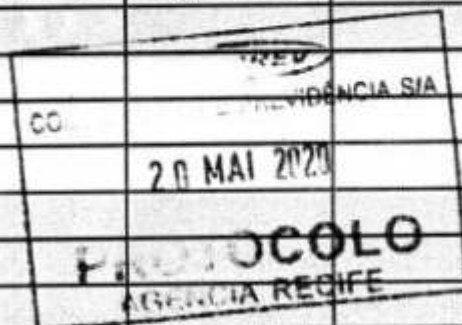
Nº 061634

2º Via Cliente

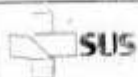
Hospital: H.P.A. Convênio: TAC Cidade: CAPUABU
Nome do Paciente: GEANDRO LUIZ DA SILVA Data da Cirurgia: 19.11.19
Médico: DP. Membro Operado: TIBIA DISTAL

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
PLACA BLOQUEADA P/ TIBIA DISTAL		01	
REF. 288202-7			
PARAFUSO BLOQUEADO		09	
REF. 276611-6			

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

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR: Victor

Cx. 160,161



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

2 - CNES
2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES
2 4 2 7 4 1 9

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
GEANDRO LUIS DA SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
3 4 9 2 5 9

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
1 6 2 1 8 0 4 2 7 4 0 0 0 0 2 6 0 4 8 4

9 - SEXO
Masculino ☒ 1 Feminino ☒ 3

10 - RAÇA/COR
10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE
Marta Ribalva da Silva

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
Rua Frei Coneca, 194 Centro

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Buzina

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO 18 - UF 19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
PACIENTE VÍTIMA DE APOS ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO EVOLUINDO COM FRATURA DOS OSSOS DA TIBIA DIREITA

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

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

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAMES COMPLEMENTARES

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

S823

FRATURA DOS OSSOS DA TIBIA DIREITA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ORTOPEDIA URGÊNCIA

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 35 - ASSINATURA E CARIMBO (A DO REGISTRO DO CONSELHO)

DR THIAGO PEDRO DE ALMEIDA LUIZ FOM DE 15560

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - CNPJ DA SEGURADORA

43 - Nº DO VÍHETE 44 - Nº SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA 44 - CNPJ

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO

CC () APOSENTADO () PREVIDÊNCIA SIA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

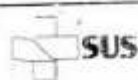
() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (A DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Waldemar Soares da Silva
CRM 7169

20 MAI 2020
PROCOLO
2819104 RECIFE



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

2 - CNES
2 4 2 7 4 1 9

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

4 - CNES
2 4 2 7 4 1 9

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
GEANDRO LUIS DA SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒

Fem. ☐

3

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VÍTIMA DE APOS ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO EVOLUINDO COM FRATURA DOS OSSOS DA TIBIA DIREITA

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

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

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAMES COMPLEMENTARES

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

FRATURA DOS OSSOS DA TIBIA DIREITA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

ORTOPEDIA

URGÊNCIA

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

13/11/19

DR THIAGO PEDRO DE ARAUJO ALVES FBM DE 40560

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Nº DA SEGURADORA

37 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CNAE DA EMPRESA

42 - CBOR

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

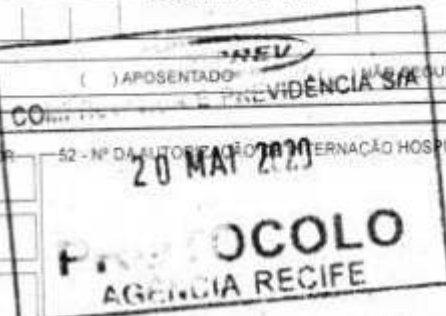
47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

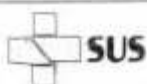
() CNS

() CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HRA

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CDD, IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dor abdominal no quadrante D

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Quadrante Direito Superior

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

Rx + Acompanhamento + RHC

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Enterite e íleo distal D

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Trat. cirúrgico

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

Ortopedia

Dr. Carlos André Oliveira

Dr. Carlos André Oliveira

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() PREVIDÊNCIA SOCIAL

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CDD, ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

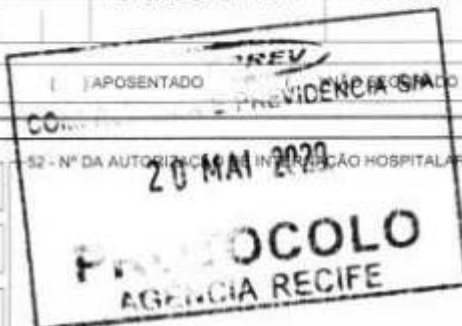
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 563100

Prontuário: 349259

Nome: GEANDRO LUIZ DA SILVA

Data Nasc.: 16/01/1984

Idade: 35

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CPF: 06067346435

RG: 7357695

CNS: 162180427400002

Nº: 197

Endereço: RUA FREI CANECA

Bairro: CENTRO

Cidade: BEZERROS

Estado: PE

CEP: 55660000

Fone: 994184386

Profissão: COMERCIANTE

Nome da Mãe: MARIA RISALVA DA SILVA

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 19/11/2019 08:20

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Doença: Lesão de ombro e mão esquerda
em acidente de trânsito, com fratura de fêmur
do lado esquerdo, fratura de tibia e fêmur
do lado direito.

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Exame: Ombro, cotovelo, punho, dor
na mão esquerda set: punho esquerdo
Mão: fratura de tibia e fêmur

Diag. Provisório:

Fratura exposta
e lesão de ombro e mão esquerda / fratura de tibia e fêmur

Prescrição:

Dieta: _____

Data

Dr. Dayvid Chaves
Médico Cirurgião Geral
CRM-PE: 23471

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
RAIO-X
DATA 19/11/19

HORÁRIO
PREVIDÊNCIA SIA
20 MAI 2020
COLO
RECIFE

RX T22 @ RX
RESETIR
RX

Dr. Thiago Pedro de Araújo Alves
Cirurgião da Coluna
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE: 16560
T22: 14.480

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
RAIO-X
DATA 19/11/19

Data e hora retirada da senha: 19/11/2019 08:07

Nome Paciente: GEANDRO LUIZ DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 16/01/1984
Sexo: Masculino
Idade: 35
Senha: U0011
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 19/11/2019 08:10 - 19/11/2019 08:12

MARILIA CRUZ GOUVEIA CAMARA GUERRA - COREN: 168393 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGENTE**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: QUEDA DA MOTO, COM FRATURA EXPOSTA DE TIBIA/FIBULA EM MID HÁ 3 HORAS

Medicamento(s): DM - HAS-

Observação: NEGA ALERGIA

Fluxograma sintoma: FERIDAS

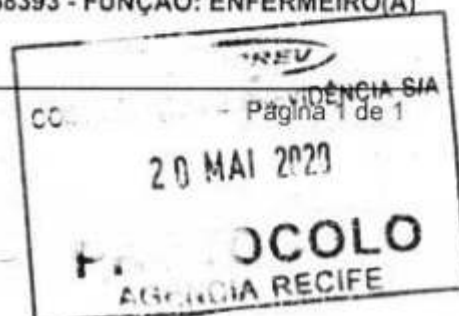
Discriminador(es): - PEQUENA HEMORRAGIA INCONTROLÁVEL?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MARILIA CRUZ GOUVEIA CAMARA GUERRA - COREN: 168393 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 19/11/2019 08:12

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente:

Eduardo Luis de Almeida

Nº do Registro:

Clínica:

Ortopedia

Nº do Leito:

Operador:

Dr. Cleiton

1º Assistente:

2º Assistente:

Instrumentador:

Victor Hugo

Anestesista:

Dra. Tereza

Anestesia:

Raquianestesia

Duração:

Data da Operação:

19/11/19

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Fratura tibia distal

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta:

Operação Realizada:

Osteossíntese com placa anatómica para tibia distal de 4,5 cm + 09 parafusos bloqueados

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

Realizada em DDH, sob anestesia geral com Antimônio + Aproprio + Aproprio com no cirurgião assistente
Hemograma normal
Dilatação da placa
Fixação sob fluoroscopia
Nítida, curativa
AARPA

Dr. Cleiton

19 NOV. 2019

CO	PROVIDÊNCIA SIA
20 MAI 2020	
PROTOCOLO	
AGÊNCIA RECIFE	



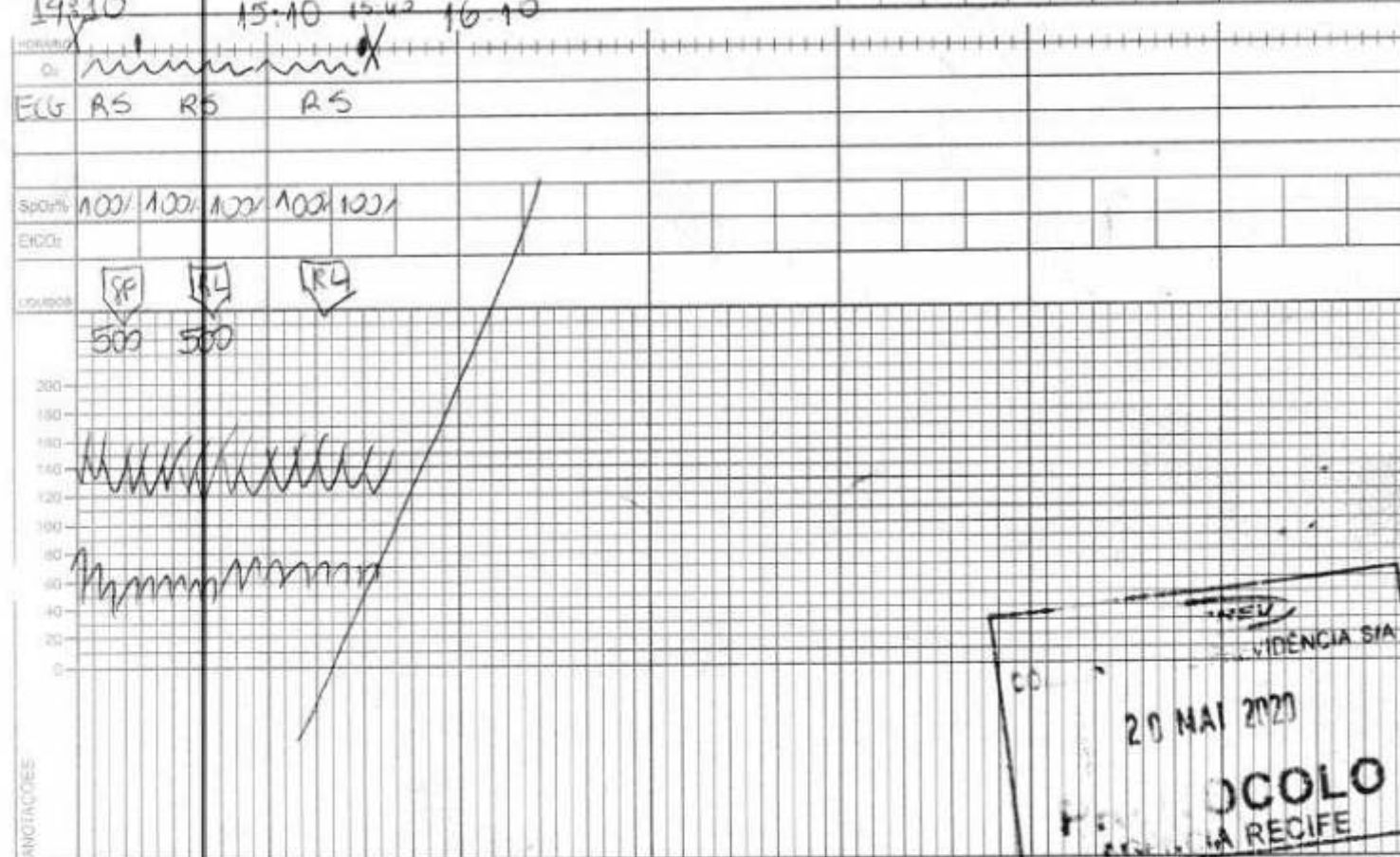
COOPERATIVA DOS MÉDICOS
ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PE

FICHA DE ANESTESIA

Nº 10660

VALOR

NOME	Geoncho Luiz de Silva	REGISTRO	344254	CATEGORIA	SUS						
HOSPITAL	IRA	SEXO	M ☒ F ☐	COR	B ☐ P ☐ N ☐	IDADE	35	HORARIO	14:30	DATA	19/04/19
DIAGNOSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	Fratura exposta perna esquerda	PESO	75 kg	PA	134 x 76	FC	78 BPM	RESPIRAÇÃO	15 IRPM	ASA	I
DIAGNOSTICO PÓS-OPERATÓRIO	o mesmo	CÓDIGO CIRURGIA		PORTE		%					
OPERAÇÃO PROPOSTA	tratamento cirúrgico										
OPERAÇÃO REALIZADA											



AGENTES	CONC.	QUANTIDADE	TÉCNICA ANESTÉSICA
Midazolam		3mg	Propofol + fentanil + atropina + oxigênio
Fentanyl		100mcg	1 Check list 2 Monitorização 3 Puntos lombares
Bupivacaína		15mg	L3-L4, mediana, 4 espinha 25G 4mm
Urethane		80mg	L4 1 Clow Bloqueio efetivo.
Chlorbutol		600mg	
Fentanil com		40mg	
Hexometazone		10mg	
Diprione		2g	
Naloxone		4mg	
DURAÇÃO DA OPERAÇÃO: 70 min			DURAÇÃO DA ANESTESIA: 90 min
☒ CARDIOSCÓPIO ☐ CAPNÓGRAFO ☐ PVC ☐			☐ ENCAMINHADO
☒ OXÍMETRO ☐ S. VESICAL ☐ TEMPERATURA ☐			☐ CORONÁRIO
☒ PNI ☐ LINHA ARTERIAL ☐ MONITOR DO ESTADO CEREBRAL ☐			☐ ADORMECIDO
			☐ SONOLENTO
			☐ INTUBADO
			☐ QUARTO

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

Atend:

563.217

BLOCO CIRÚRGICO

PACIENTE: Geandro Luiz da Silva

REGISTRO Nº 349.259

SALA CIRÚRGICA Nº 06

DATA 19/11/19

CIRURGIA: frat. Exp. Tibia D

CIRURGIÃO: Dr. Felipe + Dr. Cleiton

ANESTESIA: Sedação + Raque

ANESTESIOLOGISTA: Dr.ª Monique Siebro

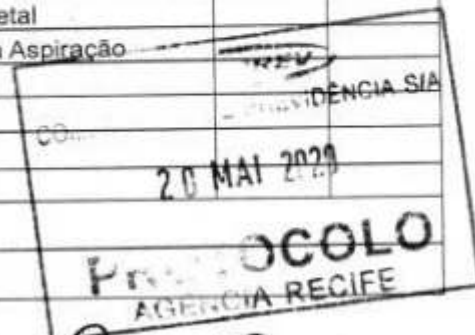
QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
9x	Oxigênio			04	Agulha Descartável		
06	Água Destilada				Agulha para Pendura		
02	Atropina			01	Agulha para Raqui	nº 25	
03	Bupivacaína <u>Isobarico</u>				Atadura Gessada		
	Cefazolina 1g			04	Atadura Crepom		
	Clonidina			01	Cateter para Oxigênio		
01	Dezametasona 4mg				Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
02	Dipirona				Coletor de Urina Fechado		
01	Etilefrina				Dreno		
	Glicose 50%			05	Eletrodo p/ Monitorização		
	Lidocaina				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida			01	Equipo para Soro		
	Neostigmina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Gat Gut Simples		
	Ranitidina				Fio de Aço		
01	Ringer co Lactato				Fio de Algodão		
10	Soro Fisiológico			02	Fio de Nylon	2.0	
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estriol			12	Gase 7,5x7,5		
02	Tenoxicam			02	Lâmina de Bisturi		
01	<u>Morfina</u>			04	Luvas Estéreis 7,0		
01	<u>Midazolam</u>			06	Luvas Estéreis 7,5		
01	<u>Pentamida</u>			02	Luvas Estéreis 8,0		
01	<u>Proclonon</u>			04	Seringa 5ml		
06	<u>Escova</u>			04	Seringa 10ml		
20	<u>Compressa</u>				Seringa 20ml		
01	<u>Transepsix</u>				Sonda de Foiev		
08	<u>Touco</u>				Sonda Endotraqueal		
08	<u>Mascara</u>				Sonda Nasogástrica		
08	<u>Prope</u>				Sonda Uretal		
9x	<u>Oxicodone</u>			02	Tubo para Aspiração		
9x	<u>Alcaval 70%</u>						
9x	<u>Exparadraxe</u>						
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

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

Dr. Cleiton Anjos Oliveira
 médico
 CRM: 20321

Assinatura do Cirurgião
 19 NOV. 2019

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome:

Geosy do Sena

Prontuário:

Data:

/ /

Hora:

DIAGNÓSTICO:

Fato para D

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

At. de Paciente para

TRATAMENTO REALIZADO:

720
A+B + A17 + Ativo glândula

Alta Hospitalar: Data:

21 11 119

Hora:

20 MAI 2020

REV	
CO.	EVIDÊNCIA SIA
20 MAI 2020	
F. COLO	
AGÊNCIA RECIFE	

Ass. do Médico e CRM
Carimbo

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E TÍTULOS DE IDOSO

09R17



Geandro Luiz da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.357.695 DATA DE EMISSÃO 13/06/2003

NOME << GEANDRO LUIZ DA SILVA >>

FILIAÇÃO << ANTONIO FRANCISCO DA SILVA >>

<< MARIA RISALVA DA SILVA >>

NATURALIDADE BEZERROS PE DATA DE NASCIMENTO 16/01/1984

DOO ORIGIN << CN.28291 L.26A F.29 CART.BEZERROS, PE.30/01/1992 >>

CPF

SIGNATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 20/06/83

F-07 44042

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição 060.673.464-35

Nome GEANDRO LUIZ DA SILVA

Nascimento 16/01/1984



CO... PREVIDÊNCIA SIA

20 MAI 2020

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014801411866
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 RENAVAM 99777223 R.N.T.R.C. 0000000000 EXERCÍCIO 2019

NOME
CEANDRO LUIZ DA SILVA

BEZERRAS - PE

CPF / CNPJ
060.673.464-35

PLACA
02X5453

PLACA ANT. UF
***** / PE

CHASSI
9C7ED03508K105226

ESPÉCIE TIPO
PAS / MOTO 125CC

COMBUSTÍVEL
ALCOOL / GASOL

MARCA / MODELO
HONDA / XR150 BROS 88

ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2014

CAP / POT / CIL
2P / 149CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRATA

COTA ÚNICA
IPVA 2019 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA
1ª *****

IPVA 2019
FADA / PVA 1

PARCELAMENTO / COTAS

VENC. COTAS
2ª *****
3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11 IOF (R\$) 0.92 PRÊMIO TOTAL (R\$) 81.03 DATA DE PAGAMENTO 22/02/19

SEM RESERVA DE PONTO DE PONTO OBRIGATORIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

SIGNATÁRIO SOCIAL DATA
BEZERRAS 22/02/19

Roberto Carlos Moreira Pontellier
DIRETOR PRESIDENTE DE TRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

PE Nº 014801411866 BILHETE DE SEGURO DPVAT

CEANDRO LUIZ DA SILVA

AVIA XPEI CAUSCA 197

55660-000

CASA CRISTO BEZERRAS - PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0600 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 22/02/19

VIA 1 CPF / CNPJ 060.673.464-35 PLACA 02X5453

RENAVAM 99777223 MARCA / MODELO HONDA / XR150 BROS 88

ANO FAB. 2014 CILINDRO 09 Nº CHASSI 9C7ED03508K105226

PRÊMIO TARIFÁRIO

75% (R\$) 36.05 DETRAN (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.32 ROLLA SEMPRE NO SEU SEGURO (R\$) 94.58

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE COTAÇÃO 21/02/19

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.545.608/0001-04

DESTAQUE E PREPARE O BILHETE DPVAT
NÃO PRECISA DE PONTO OBRIGATORIO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200184586 **Cidade:** Bezerros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEANDRO LUIZ DA SILVA **Data do acidente:** 19/11/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA E DA FÍBULA DISTAL À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P.11
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0143916/20

Vítima: GEANDRO LUIZ DA SILVA

CPF: 060.673.464-35

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/11/2019

Titular do CPF: GEANDRO LUIZ DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GEANDRO LUIZ DA SILVA : 060.673.464-35

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: 20/05/2020
Nome: GEANDRO LUIZ DA SILVA
CPF: 060.673.464-35

GEANDRO LUIZ DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/05/2020
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA