

Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSENILDO LINS DE SOUZA

Nº Sinistro: 3180476756

Vitima: JOSENILDO LINS DE SOUZA

Data do Acidente: 22/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROBERTO LUIS DA SILVA RODRIGUES FILHO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180476756**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13479796



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0271204 ou 0800 221 100 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da vítima

449.788.204-72

Nome completo da vítima

JOSENILO LINS DE SOUZA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOSENILO LINS DE SOUZA		CPF titular da conta 449.788.204-72		Profissão RECEB
Endereço RUA DA JAQUEIRA		Número 104	Complemento 25A	
Bairro IPÓJUCA	Cidade IPÓJUCA	Estado PE	CEP 55590-000	
E-mail			Telefone (DDD) (81) 30113224	

Declaro, sob as penas da lei e para fins da prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)				<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO 0009	DIV 1	CONTA NRO 102101	DIV 1	AGÊNCIA NRO	DIV	CONTA NRO	DIV
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

IPÓJUCA PE de 10 de 10
Local e Data

JOSENILO LINS DE SOUZA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ARUANA SEGUROS

10 OUT 2013

CAIXA
POUPANÇA

ARUANA SEGURO
10 OUT 2013

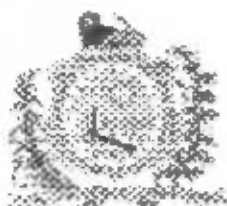
4392 6719 0225 9957

JOSENILDO LINS DE SOUZA
0559 013 00102101-1

10/24

Valid only in Brazil / Válido apenas no Brasil

VISA
Electron



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 042ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPOJUCA -
DP42ªCIRC DIM/10ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0132001574**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **27/09/2018** às
16:30

Complementa o BO Número: **18E0132001573**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 22/3/2018 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE-60, 1, ENTRADA DE SUAPE -**
Bairro: **ZONA RURAL - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSENILDO LINS DE SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSENILDO
LINS DE SOUZA



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

JOSENILDO LINS DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
ROSA DO NASCIMENTO Data de Nascimento: 7/8/1964 Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **BAIRRO DE RUROPOLIS DE BAIXO, 104, RUA DA JAQUEIRA - CEP: 0**
- Bairro: RUROPOLIS DE BAIXO - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSENILDO LINS DE
SOUZA
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 125 BROS ES** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEE6271** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

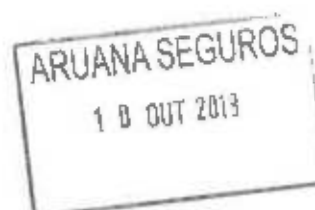
Complemento / Observação

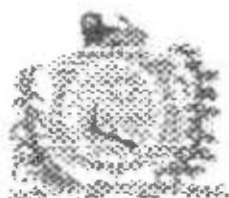
A VITIMA AFIRMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA SUPLA CITADA NA RODOVIA PE 68, SENTIDO CAMO DE SANTO AGOSTINHO, IPOJUCA-CABO, QUANDO CAIU NUM BURACO NA VIA E PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO E CAIU SOPRENDO FERIMENTOS POR TODO CORPO, SENDO SOCORRIDA PARA A UPA DE IPOJUCA E EM SEGUIDA PARA O HOSPITAL DOM HELDER NO CAMO DE SANTO AGOSTINHO.

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

+ Josenildo Lins de Souza
JOSENILDO LINS DE SOUZA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **OZIEL ANTONIO DE SOBRAL** - Matrícula: **2731193**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 042ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPOJUCA -
DP42ªCIRC DIM/10ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0132001573

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 27/09/2018 às
16:26

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 22/3/2018 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE-60, 1, ENTRADA DE SUAPE -**
Bairro: **ZONA RURAL - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **NÃO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSEILDO LINS DE SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSEILDO LINS
DE SOUZA

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

**JOSEILDO LINS DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
ROSA DO NASCIMENTO Data de Nascimento: 7/6/1964 Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE RUROPOLIS DE BAIXO, 104, RUA DA JAQUEIRA - CEP: 0**
- Bairro: **RUROPOLIS DE BAIXO - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSEILDO LINS DE
SOUZA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 125 BROS ES** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEE5274 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**



27/09/2018 16:23

Complemento / Observação

A VITIMA AFIRMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA SUPLA CITADA NA RODOVIA PE 66, SENTIDO CABO DE SANTO AGOSTINHO, IPOJUCA-CABO, QUANDO CAIU NUM BURACO NA VIA E PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO E CAIU SOFRENDO FERIMENTOS POR TODO CORPO, SENDO SOCORRIDA PARA A UPA DE IPOJUCA E EM SEQUIDA PARA O HOSPITAL DOM HELDER NO CABO DE SANTO AGOSTINHO.

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

Joseildo Lins de Souza
JOSEILDO LINS DE SOUZA
(VITIMA)

B.O. registrado por: OZIEL ANTONIO DE SOBRAL - Matrícula: 2731193



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

JOSE NILDO LINS DE SOUZA

CPF da Vítima

449.788.204-72

Data do Acidente

22/02/18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

(91) 3011-3224

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

1903UM-RE, 01 de 10 de 18

Local e Data

JOSE NILDO LINS DE SOUZA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ARJANA SEGUROS

10 OUT 2013

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

JOSE NILDO LINS DE SOUZA

CPF da Vítima

449.788.204-72

Data do Acidente

22/02/18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

(91) 3011-3224

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

1903UM-R, 01 de 10 de 18

Local e Data

JOSE NILDO LINS DE SOUZA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ARJANA SEGUROS

10 OUT 2013

SECRETARIA DE SAÚDE DO IPOJUCA
FICHA DE ATENDIMENTO

~~ADENVO~~

Nº REGISTRO 9.864		DATA E HORA DO NASCIMENTO 07/06/64.		EMERGÊNCIA DE ADULTOS E INFANTIL	
PACIENTE: José Antônio Lima de		NASCIMENTO: 07/06/64		IDADE: SEXO: COR:	
ESTADO CIVIL:		PROFISSÃO:		NACIONALIDADE:	
Nº DE IDENTIDADE		PAI		MÃE	
FILIÇÃO		MÃE		COMPLEMENTO	
ENDEREÇO: R. -		Cidade: -		UF: -	
BAIRRO: -		Cidade: -		UF: -	
ORIENTAÇÃO:		MEIO DE TRANSPORTE:			

CONSULTA DE ENFERMAGEM

Adriana Cordeiro

CONSULTA DE ENFERMAGEM

DATA: 22/03/19	HORA: 9:00	ENFERMEIRO:	COREN: Enfermeira
			COREN-PE 392.971

SITUAÇÃO QUEIXA: DOR NO BRAÇO DIR + REGIÃO CERVICAL APÓS
+ 18hs, AO EXAME MÃO DIR (+) EDEMA, BRAÇO DIR. MOD. LIMI
VÁRIAS ESCORÇÕES PELO CORPO

ANTECEDENTES: ☐ DIABETES ☒ HIPERTENÇÃO ☐ CARDIOPATIAS ☐ DOENÇA NEUROLÓGICA ☐ TABAGISMO
☐ ALCOOLISMO/DROGAS ☐ PNEUMOPATIAS ☐ HEPATOPATIAS ☐ DOENÇA MENTAL OUTROS:

MEDICAÇÃO EM USO:

PA: X mmHg	RHS: bpm	FC: bpm	FR: lpm	T: °C
ECG: ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	DEFICIÊNCIA MOTORA MSD <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	PUPILAS ISOCÔRICAS <input type="checkbox"/> ANISOCÔRICA <input type="checkbox"/>
ESCORE	ESCORE	ESCORE		

DOR: ☐ SIM ☐ NÃO SUDORESE: ☐ SIM ☐ NÃO PALIDEZ ☐ SIM ☐ NÃO

EXAME FÍSICO:

Trans on path $D \oplus \tau \eta \in$
 $D \oplus \tau \eta$

ARUANA SEGUROS

10 OCT 2019

DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM:

$$e_1 = -R_x$$

- refined - ~~any~~ IM

- Disagreement - as of 19

- Diphenyl - 103 ang in

Dr. Carlos Frederico W. de Miranda
CRM-PE: 20556
TEOT: 15742
Ortopedia / Traumatologia

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: 29/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSENILDO LINS DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00559

CONTA: 000000102101-1

Nr. da Autenticação A9B77EE99D1FE9C7



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.822/0001-03; INSC. EST. 3035843-50; www.celpe.com.br

JOSENILDO LINS DE SOUZA
PROX AO ABRIGO DOS ONIBUS

RUA DA JAQUEIRA 104

CPF 449 788 204-72

IPOLUCIA/POJUCA
IPOLUCIA PE
55590-000

BI RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CONTA CONTRATO

03/2018

4012722597

03/2018

DATA DE VENCIMENTO

DATA PRESTAÇÃO PREVIDA - JUNTADA

02/04/2018

18/04/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

48,00

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSION
00667488	ÚNICA	18/03/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
1303/2018	3002888408	1385536

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	91,000000	0,93755180	41,68
Multa por atraso - NF 002104030 - 18/01/18			1,33
Multa por atraso - NF 002104030 - 20/12/17			1,47
Juros por atraso - NF 002104030 - 18/01/18			0,82
Juros por atraso - NF 002104030 - 20/12/17			1,30
Atualização GPM - NF 002104030 - 18/01/18			0,08
Atualização GPM - NF 002104030 - 20/12/17			0,78
Compensação F.C. Mensal 01/18			-1,28
TOTAL DA FATURA			48,00

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LECTURA	ATUAL DATA	ATUAL LECTURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (KWH)
614833	FAT	17-03-2018	1612188	18-03-2018	1515200	30	1,00





CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA JOSE PLECH FERNANDES - N.º 00900 - LOTE 06 - CENTRO CABO DE SA
O CABO DE SANTO AGOSTINHO PE 54510-380

DADOS DO CLIENTE		MATRICULA: 4360230		Fev/2018	
MARCOS LEITE DE ANDRADE JUNIOR					
AV PRES GETULIO VARGAS, N.º 00900 - LOTE 06 - CENTRO CABO DE SA					
NTO AGOSTINHO PE 54505-560					
INSCRIÇÃO: 029.225.105,0175.008 GRUPO: 1 DEB. AUTOMATICO: 004360230					
SITUAÇÃO AGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE CONSUMIDORES COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA	
			1		
HIDRÔMETRO A100033652	DATA LEIT ANTERIOR 23/01/2018	DATA LEIT ATUAL 22/01/2018	TIPO DE CONSUMO (AVE) MEDIA HD		

AGUA:
LEIT ANT: 260 CONSUMO: 3
LEIT ATU: RECORRENCIA TAXA M
LEIT FAT: 270

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERENCIA CONSUMO

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2 914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS
01/2018 03			
12/2017 06			
11/2017 04			
10/2017 04			
09/2017 02			
08/2017 01			
MEDIA: 03			

Qualidade de Agua: www.compesa.com.br

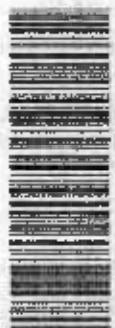
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	3 M3	59,11
PARCELAMENTO DE DÉBITOS PARCELA 01/05		159,00
MULTA P/IMPONTUALIDADE 01/2018		1,18
JUROS DE MORA 10/2017 11/2017		1,80
DESCONTO ANTIGUIDADE 01/2018		47,46

TRIBUTOS	VALOR (R\$)	ALÍQUOTA (%)	VALOR (R\$) IMPORTE
PS	59,11	1,65	0,98
COTAX	59,11	7,60	4,49

VENCIMENTO: 05/03/2018 TOTAL A PAGAR: 173,63

MENSAGEM:



2290000001-4 7360018020-8

VENCIMENTO: 05/03/2018

compesa
ATENDIMENTO: 0800-0810185
SAC: 0800-0810185

ARUANA SEGUROS

10 OUT 2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ROBERTO LUIS DA SILVA RODRIGUES FILHO inscrito (a) no CPF sob o Nº 108.580.999-138 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSEWILDO LINS DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 449.788.209-172 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSEWILDO LINS DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 449.788.209-172 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>AV. PRESIDENTE GETULIO VARGAS</u>		Número <u>900</u>	Complemento
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>CABO</u>	Estado <u>FE</u>	CEP <u>54505-800</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(81)3011-3224</u>

CABO FE, DI de 10 de 18
Local e Data

Roberto Luis Rodrigues
Assinatura do Declarante

ARUANA SEGUROS

10 OUT 2013

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Helio GALVÃO DA SILVA

CNH

RG nº 05708000418, data de expedição 20/09/17,

Órgão Detran-PE, portador do CPF nº 044.711.084 - 50, com

domicílio na cidade de IPOJUCA, no Estado de PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

ROD. PE-60, KM-16, nº 16,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima JOSENILDO LINS DE SOUZA, cujo o condutor era

JOSENILDO LINS DE SOUZA.

Veículo: motocicleta

Modelo: HONDA/NXR 150 BROS ES

Ano: 2011/2012

Placa: PEE 5273

Chassi: 9C2K20350CR543853

Data do Acidente: 22/03/18

Local e Data: IPOJUCA - PE 15/05/18



HELIO GALVÃO DA SILVA

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO MÁRCIO MENDES - 3.º OFÍCIO DE NOTAS DO CABO - PE

R. Armando Jorge Sales, II, nº 104-B - Centro - Cabo de Santo Agostinho - PE - CEP 54.510-400 - Tel.: (011) 3521-1111

Reconheço a firma por autenticidade de: 14/05/2018 10:15:50

HELIO GALVÃO DA SILVA, por fe.

Em testemunho

Tab./Esc.:

Olga Luiza Campelo da Oliveira lotal R\$ 4,79

Selo Digital N. 0074963.SK005201801.04739

Consulte autenticidade em www.tipe.ius.br/selodigital

ARUANA SEGUROS

10 OUT 2018

SECRETARIA DE SAÚDE DO IPOJUCA
FICHA DE ATENDIMENTO

~~ADENVO~~

Nº REGISTRO 9.864		DATA E HORA DO NASCIMENTO 07/06/64.		EMERGÊNCIA DE ADULTOS E INFANTIL	
PACIENTE: José Antônio Lima de		NASCIMENTO: 07/06/64		IDADE: SEXO: COR:	
ESTADO CIVIL:		PROFISSÃO:		NACIONALIDADE:	
Nº DE IDENTIDADE		PAI		MÃE	
FILIÇÃO		MÃE		COMPLEMENTO	
ENDEREÇO: R. -		Cidade: -		UF: -	
BAIRRO: -		Cidade: -		UF: -	
ORIENTAÇÃO:		MEIO DE TRANSPORTE:			

CONSULTA DE ENFERMAGEM

Adriana Cordeiro

CONSULTA DE ENFERMAGEM

DATA: 22/03/19	HORA: 9:00	ENFERMEIRO:	COREN: Enfermeira
			COREN-PE 392.971

SITUAÇÃO QUEIXA: DOR NO BRAÇO DIR + REGIÃO CERVICAL APÓS
+ 18hs, AO EXAME MÃO DIR (+) EDEMA, BRAÇO DIR. MOD. LIMI
VÁRIAS ESCORÇÕES PELO CORPO

ANTECEDENTES: ☐ DIABETES ☒ HIPERTENÇÃO ☐ CARDIOPATIAS ☐ DOENÇA NEUROLÓGICA ☐ TABAGISMO
☐ ALCOOLISMO/DROGAS ☐ PNEUMOPATIAS ☐ HEPATOPATIAS ☐ DOENÇA MENTAL OUTROS:

MEDICAÇÃO EM USO:

PA: X mmHg	RHS: bpm	FC: bpm	FR: lpm	T: °C
ECG: ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	DEFICIÊNCIA MOTORA MSD <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	PUPILAS ISOCÔRICAS <input type="checkbox"/> ANISOCÔRICA <input type="checkbox"/>
ESCORE	ESCORE	ESCORE		

DOR: ☐ SIM ☐ NÃO SUDORESE: ☐ SIM ☐ NÃO PALIDEZ ☐ SIM ☐ NÃO

EXAME FÍSICO:

Trans on path $D \oplus \tau \eta \in$
 $D \oplus \tau \eta$

ARUANA SEGUROS

10 OCT 2019

DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM:

$$e_1 = -R_x$$

- refined - ~~any~~ IM

- Disagreement - as of 19

- Diphenyl - 103 ang in

Dr. Carlos Frederico W. de Miranda
CRM-PE: 20556
TEOT: 15742
Ortopedia / Traumatologia

ATENDIMENTO MÉDICO

História do Trauma:

Perda de Consciência: ☐ Sim ☐ Não Episódio Emético: ☐ Sim ☐ Não Acidente de Trabalho: ☐ Sim ☐ Não
 Acidente de Trabalho: ☐ Sim ☐ Não Tipo: _____
 Colisão: ☐ Sim ☐ Não Tipo: _____ Motorista: ☐ Passageiro: ☐
 Atropelamento: ☐ Sim ☐ Não Local do Impacto: _____
 Vítima de Ferimento: ☐ Sim ☐ Não Tipo: _____ Sofreu Queda: ☐ Não ☐ Sim Altura: _____ m
 Queimadura: ☐ Sim ☐ Não Por: _____ Transporte realizado por: _____

Condições de Imobilização Adequada: ☐ Sim ☐ Não Por Que: _____

EXAMES FÍSICOS:

Rx lumbosacral D ?

CD = T de lumbos D

Dr. Carlos Frederico W. de Miranda Jr.
CRM-PE: 20556
FEOT: 15742
Ortopedia / Traumatologia

EXAMES SOLICITADOS: LABORATORIAIS:

DIAGNÓSTICO:

EXAMES ESPECIALIZADOS: ☐ TOMOGRAFIA ☐ RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ☐ ANGIOGRAFIA
☐ ENDOSCOPIA ☐ RX ☐ ULTRASSONOGRAFIA ☐ LCR

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____

Enxerto 8 / ADH verb 5211 931

Dr. Carlos Frederico W. de Miranda Jr.
CRM-PE: 20556
FEOT: 15742
Ortopedia / Traumatologia

INDICAÇÃO CIRÚRGICA: ☐ SIM ☐ NÃO

CLASSIFICAÇÃO RESERVA: ☐

DEFINIÇÃO DO CASO

INTERNAMENTO ☐ CIRURGIA ☐ ÓBITO ☐ TERMO DE ALTA PEDIDO ☐ EVADIU-SE ☐

TRANSFERIDO PARA: _____

INTERNADO NA CLÍNICA: _____

INFORMAÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL

CONFIRMAÇÃO DO NOME: _____

CONFIRMAÇÃO DO ENDEREÇO: _____

PROVIDÊNCIAS: ALTA ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ EXAME EXTERNO ☐

OBSERVAÇÕES: _____

CONDIÇÃO DE ALTA

☐ CURADO ☐ MELHORADO
☐ INALTERADO ☐ PIORADO
☐ ÓBITO

ASSISTENTE SOCIAL

ASSISTENTE SOCIAL

AUTORIZAÇÃO PARA ALTA/INTERNAMENTO/TRANSFERÊNCIA:

ENFERMEIRA: _____ COREN: _____ MÉDICO: _____ CRM: _____ DATA: _____ HORA: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA INTERNAMENTO:

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

Data: _____

Nome completo: _____

Nº da Identidade: _____

Assinatura: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO:

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

Data: _____

Nome completo: _____

Nº da Identidade: _____

Assinatura: _____



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 426249

Senha da Classificação:

0021

Data e Hora: 22/03/2018 13:17

Paciente: 103680 JOSENILDO LINS DE SOUZA

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 07/06/1964 Idade: 53 anos

Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: MARIA ROSA DO NASCIMENTO

Nome do Pai: JOSE AMARO DE SOUZA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: REINALDO MENDES DE CARVALHO

CRM: 14861

Endereço: RUA JAQUEIRA

104

Bairro: SUAPE

Cidade/UF: IPOJUCA

PE

Usuário Atendimento: LAZARONI

RG (Identidade): 2816743

SDS PE

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 44978820472

Fone: 87095717

Cartão SUS: 700003214261201

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

*Paciente vítima de queda de altura
apresenta dor e edema no
ombro direito, com dificuldade de
movimentação.*

Exame Físico

*Do. e. ed.
- V. omb. direito
- gl. axil. 15*

Pré-Diagnóstico

*Les. ligam. Esc. 3. omb. direito
T. 15. 15. 15.*

Conduta Terapêutica

intern.

Prescrição Médica

*Dr. Reinaldo Mendes de Carvalho
CRM: 14861*

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:

SEGUIR

10 OUT 2018

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 426257 Data e Hora do Atendimento: 22/03/2018 13:28
Usuário do Atendimento: ALESSANDRASS Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: JOSENILDO LINS DE SOUZA Prontuário: 103680
Nome da Mãe: MARIA ROSA DO NASCIMENTO Nome do Pai: JOSE AMARO DE SOUZA
Data do Nascimento: 07/08/1964 Idade: 53 anos Sexo: MASCULINO
Estado Civil: SOLTEIRO RG: 2816743 SDS PE Data Emissão:
CPF: 44978820472 Certidão de Nascimento: Data Emissão:
Naturalidade: Escolaridade: FUNDAMENTAL 1A A 4A INCOMPLETO
Carteira Nacional SUS: 700003214261201 Ocupação Habitual: OUTROS
Endereço: RUAJAQUEIRA 104 SUAPE
Cidade: IPOJUCA PE CEP: 55590000 Fone: 87095717

DADOS DO ATENDIMENTO

Local: PM IPOJUCA
Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA CRM: 17726
Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA Leito: LEITO 12

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, 22/03/2018

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Indicações de Alta: Melhorado
Diagnóstico: Lesão do ligamento cruzado anterior
Procedimento: Rico R
Alta em: 25/03/18 Hora: _____ Dr. Eduardo B. Oliveira
Médico e C.R.M.: _____ MEDICO
Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____ CRM: 21687
Assinatura e R.G.: _____

HCM-Hospital Dom Helder Câmara
Módulo de Urgência
Assinatura
SANEAMENTO

09/04/18

ARUANA SEGUROS
10 OUT 2018



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

28/03/18

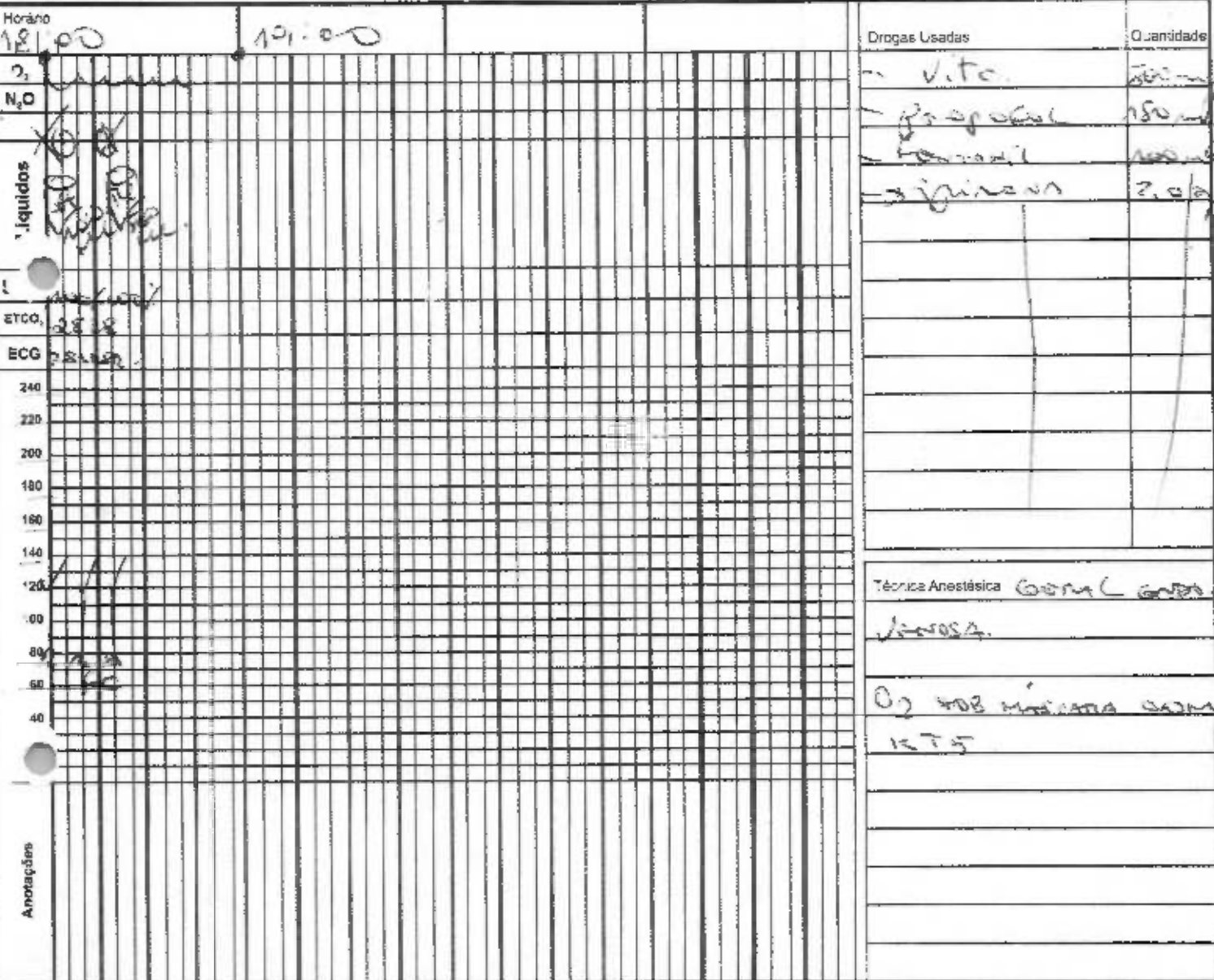
Emerg

Paciente: JOSIELINE LINS DE SOUZA Sexo: F Cor: P Idade: 53 Anos Risco: A

CRM: ANA Nome do Anestesiista: ANA Nome do Cirurgião: KENNERO KATZ

Medicação Pré-anestésica: Urgência: ☒ NÃO ☐ SIM

Cirurgia: TRATAMENTO QUIRÚRGICO DO FÚRCULO DO TÁLIBO DENT. INFERIOR
Pac: 103680



- Monitorização
- ☒ Cardioscópio
 - ☒ Oxímetro
 - ☒ PNI
 - ☐ Sonda Vesical
 - ☐ Capnógrafo
 - ☐ Estet. Pré-Cordial
 - ☐ Outros
- ☐ BIS
 - ☐ Temperatura
 - ☐ Swan-Ganz
 - ☐ Analisador Gases
 - ☐ PVC
 - ☐ Estimulador de Nervo
 - ☐ Linha Arterial
 - ☐ Volémia IBP Plus

- Encaminhado
- ☒ Acordado
 - ☐ Sonoento
 - ☐ Intubado
- Destino
- ☒ SRPA
 - ☐ Apart/Enf.
 - ☐ UTI
 - ☐ Externo

Intercomência: ☒ NÃO ☐ SIM

Descrever:

Observações: NGA ALTO-GUÍ

NGA com orelhas

em posição

ARUANA SEGUROS

10 OUT 2018

Marcos Tenente

Assinatura do Anestesiista

Assinatura do Anestesiista

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 35618 Sala : 0009 TEMPORARIA C4
Paciente : 103680 JOSENILDO LINS DE SOUZA Atendimento : 426257
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 638 LEITO 5 Idade : 53 Anos
Dt. Inicio : 28/03/2018 18:10 Dt. Fim : 28/03/2018 18:40

Cid Pré-Operatório :

Cid Pós-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0408020431 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULNA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 26 GERAL ENDOVENOSA

Equipe Médica

CIRURGIAO 13783 LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO
ANESTESISTA 7817 MARCIA LEVY TEMPORAL DE MELO

Descrição

Descrição Cirúrgica :

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

- ① Incisão em decúbito dorsal sem anestesia
- ② Anestesia + antiseptia
- ③ Lavagem dos campos
- ④ Redução imediata da fratura +
fixação com 02 fios de Ar no 2
- ⑤ Curativo

DR(A) : LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO
CRM : 13783

Dr. Leonardo Canêjo
Ortopedia - Traumatologia
CRM 13783 - FORT 1115



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: 04

Nome: Marcelo Luiz de Souza Junior data: 28/03/18 Hora: 18:35 Registro: 103630

Leito de origem: _____

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Exat. de Lado Distal

Tipo de anestesia: Gen. endovenosa

Equipe: Dr. Leonardo Campos Anestesista: Dr. Jansen

3. Admissão

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

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

Sonda: () SVD () SNG () SNE

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

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

Drenos: (x) não () sim Onde: _____

Sinais vitais: PA: 160 x 100 mmHg FR: — p/min FC: 75 p/min SaPO2: 96%

Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	138/80	133/75	133/80	140/85	150/89	
FR	—	—	—	—	—	
FC	76	70	62	77	76	
SaPO2	98%	95%	97%	96%	96%	
Glasgow	—	—	—	—	—	

5. Intercorrências/observações:

PR

Tramadol 100mg - 50mg 2x 100mg 2x 100mg

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: 148/86 FC: 65 FR: _____ SaPO2: 98 Glasgow: _____

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

Data: 28/03/18 Horário: 18:35 Responsável pelo encaminhamento: Dr. Jansen

Alta da SRPA pelo médico: _____

Dr. Jansen
Anestesiologista
CRM 15115
CPF: 043.143.864-10

ARUANA SEGUROS

10 OUT 2018



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara
IMIP Hospitalar
CNPJ: 09.039.744/0008-60

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

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 103680

Nome: JOSENILDO LINS DE SOUZA

Mãe: MARIA ROSA DO NASCIMENTO

End.: RUA JAQUEIRA

Enferm.: LEITO 12

Atendimento: 426257

Leito: 215

Dt. Cad: 22/03/2018

Dt. Nasc: 07/06/1964

Bairro: SUAPE

Cidade: IPOJUCA

CNS: 700003214261201

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? *Sim*
Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? *± 1h*

- ☐ Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente? *NÃO*

- ☐ 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 *HO. cirurg. Fnat. radio distal ①*
- ☐ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica) *Sim*
- ☐ Biópsias estão identificadas com o nome do paciente *N/A*
- ☐ 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 *Sim*

ARUANA SEGUROS
10 OUT 2013

Enfermeira
COREN-PE 345.147

HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARASISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
BLOCO CIRÚRGICO - SRPAGESTÃO
IMIP
HOSPITALARNome: Joséildo Fátima de SouzaRegistro: 103600

Leito:

Procedimento cirúrgico: POI HO. Finun. Fhot. radioData: 28/03/10

Hora:

DIAGNÓSTICO

Sistal

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

HORÁRIOS

1. Ansiedade ()

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

2. Ventilação prejudicada (X)

- () Manter decúbito elevado
() Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário
() Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz
() Manter o paciente em posição de Fowler
(X) Anotar horário/valor de queda da saturação. FC e FR
(X) Instalar (X) Manter (X) Anotar oximetria de pulso
() Outros

3. Padrão de eliminação urinária

() Diminuído () Aumentado

- () Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ___/___h
() Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen)
() Colocar o paciente em posição de Fowler
() Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição
() Registrar se: () Dor ao urinar
() Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea
() outros

4. Dor (X)

Local: _____

() Leve () Moderada () Severa

- (X) Verificar qual posição adequada do paciente
(X) avaliar a localização e a intensidade da dor
(X) Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação
(X) Identificar fatores desencadeantes da dor
(X) Registrar características e intensidades da dor
() outros

5. Integridade tissular prejudicada (X)

- (X) Descrever características da lesão
(X) Realizar curativo a cada 24/24 h
() Realizar mudança de decúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação
() Medir débito de dreno de ___/___h
() Manter curativo oclusivo por ___h
() Outros

6. Sangramento ()

Local: _____

() Leve () Moderada () Severo

- () Aferir pressão arterial de ___/___min
() Manter elevado: _____
() Realizar curativo oclusivo
() Outros

7. Imobilidade no leito prejudicada ()

- () Pinçar dreno ao manusear o paciente
() Avaliar mobilização de dreno (Tracionado)
() Manter repouso no leito em posição: _____

CÓD. 38605

ARUANA SEGUROS

10 OUT 2013

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
8. Desidratação ()	() Registrar frequência, volume e aspectos da diurese a cada / h	
	() Avaliar e registrar umidade de mucosa	
	() Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária	
	() Registrar turgor e elasticidade da pele	
	() outros	
9. Êmese () Náusea ()	() Registrar aspectos e quantidade de episódios	
	() Verificar posicionamento da SNG/SNE	
	() Manter decúbito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada	
	() Outros	
10. Temperatura Corporal () Diminuída () Elevado	() Aferir temperatura de ____/____ h e comunicar se estiver abaixo de 35° C ou acima de 37° C	
	() Em caso de hipotermia aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica	
	() Em caso de hipertermia retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente	
	() Outros	
11. Choque Hipovolêmico (X)	(X) Aferir sinais vitais a cada 15/45 min.	
	() Avaliar coloração e umidade da pele	
	() Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O.	
	Verificar sinais como: () Taquicardia; () Palidez cutânea; () Pulso irregular; () Pele fria; () Perda da Consciência	
	Outros	
12. Risco de Infecção (X)	() Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização	
	(X) Registrar e anotar sinais flogísticos Local: AVP	
	(X) Examinar F.O. e registrar alterações (X) dor; () Calor; (X) Rubor; (X) Edema.	
	() Outros	
	() Outros	

G - Sonda Nasogástrica

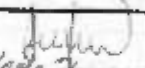
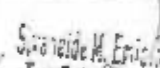
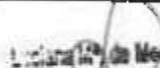
PA - Pressão Arterial

FC: Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso Enteral

HGT - Hemoglicoteste

AVP - Acesso Venoso Periférico

 Rafaela Henriques Enfermeira COREN-PE 345.127 ENFERMEIRO(A) - D -	ENFERMEIRO(A) - N -	 Luciana M. de Menezes Téc. Enfermagem COREN-PE 285185 TÉC. EM ENFERMAGEM - D -	 Luciana M. de Menezes Téc. de Enfermagem COREN 432065 TÉC. EM ENFERMAGEM - N -
---	---------------------	---	--

ASSINATURA E CARIMBO

ASSINATURA E CARIMBO

IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: Armando Lima da Silva Data: 28/03/18 Registro: 165680
Convênio: SUS Leito: Hora: 18:00

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. Armando Lima da Silva 1ª auxiliar:
Anestesista: Dr. Manoel Timoteu Instrumentador:
Circulante:

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADO
- Lap 17	HDH-GME-ASSE 25.03.18 01	
- Lap 17	HDH-GME-ASSE 04.04.181758	
- BSC mesa estéril	HDH-GME-ASSE 27.03.18 01	
- Fio 1,5	HDH-GME-ASSE 03.04.181754	
- Raciocínio	HDH-GME-ASSE 25.03.18 02	
	HDH-GME-ASSE 02.04.182042	
	HDH-GME-ASSE 25.03.18 02	
	HDH-GME-ASSE 04.04.181758	

MOTOR BATERIA 13653
FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO FERNA
CPE
LOTE: 232262
PLASMA
EST: 27/03/2018
VAL: 27/03/2019
CAMILA FIGUEIRÊDO COREN/PE 148616
WWW.FMRRAPSTER.COM.BR

ARUANA SEGUROS
10 OUT 2013

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Joséildo Lima da Silva Data: 28/03/18 Hora: 18:00 Registro: 103680
Convênio: SUS Leito: --- Paciente: --- Altura: ---

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Vinícius Anestesiologista: Dr. Marcos Tinoco
Auxiliar: --- 2º Auxiliar: --- Instrumentador: ---

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Proctomia Ext. Radical Início: 18:00 Término: ---
Anestesia: Sedação Início: 18:00 Término: ---

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

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

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 ()
Colchão Térmico () Bisturi Ultrasônico () Artroscópio () Microscópio () Capnógrafo ()
Bisturi Elétrico () Local de Placa () Intensificador ()
Carro de Anestesia () Difusor ()
Ap. Vídeo () Bomba de Infusão () Nº ()
Oxigênio () Início () Término ()
Protóxido () Início () Término ()
Gás Carbônico () Início () Término ()
Outros: ---

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Cânula Orotraqueal: Sim () Não () Punção 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 () Local Cirúrgico

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: --- CIRURGIA: ---

6 - OBSERVAÇÕES:

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: Acordado () Narcose () Entubado () Traqueostomizado ()
Encaminhado para: SRPA () S. Intensiva () LICOR () UTI () Aptº () Residência ()
Data: 28/03/18 Hora: --- Enfermeira: Rafael Circulante: ---

PACIENTE:	JOSÉ ALDO LIMA		DATA:	26/03/13	
CIRURGIÃO:	DR. VERNAS		RG:	103608	
ANESTESISTA:	DR. MARCELO		AUXILIAR:		
CIRURGIÃO:	RUI CARLOS FARIAS RIBEIRO		ANESTESIA:	GASCO	
ESTRUMENTADOR:	BRIEL		COORDENAÇÃO DO BLOCO:	MARCELO	
CIRCULANTE:	KATIELLY		COREN:		
ENFERMEIRA:	REYRIS		HORARIO INICIAL:	18:00	
			HORARIO FINAL:		

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
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM	
CANULAS			
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
TRAQUEOST 9,0			
CATETER			
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	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			
BISTURI 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			
1ML	3ML	5ML	10ML
20ML	60ML	60ML CATETER	
AVENTAL CIRUR.	B5. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/ VIDEO
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXÃO 2VIAS	CONEXÃO 4VIAS
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GAZES	GELFOAN
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	SUCÇÃO 3,2	SUCÇÃO 4,8	SUCÇÃO 6,4
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
TORAX 28	TORAX 30	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 CIRÚRGICOS			
ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDÍACA
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/OSSO	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	ACO 1	ACO 4	ACO 6

HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA

Data: 28/09/18

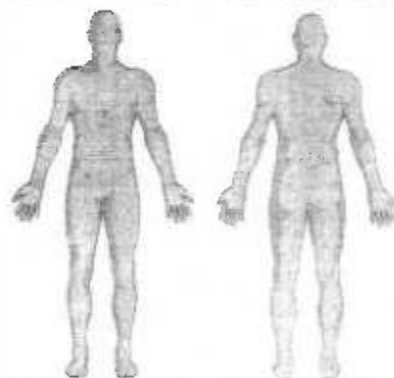
CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

Hora: 07:00

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome:	José Roberto da Silva
Data de Nascimento:	17/04/64
Registro:	107680
Sector:	Cardi
Leito:	

SINAIS VITAIS		
PA:	T:	HGT:
Observação:		



ENTREVISTA			
HIPERTENSO:	SIM ()	NÃO (X)	MEDICAÇÃO EM USO:
DIABÉTICO:	SIM ()	NÃO (X)	MEDICAÇÃO EM USO:
HÁBITOS:	TABAGISTA:	SIM (X)	NÃO ()
	ETILISTA:	SIM ()	NÃO (X)
	Há quantos anos:	20 anos	Qtd/dia:
	Há quantos anos:		Qtd/dia:

EXAMES SOLICITADOS			
IMAGEM:	RX (X)	TAC c/ Contraste ()	USG ()
	TAC s/ Contraste ()	RNM ()	CATE ()
LABORATORIAL:	SIM ()	NÃO ()	Observação:
PARECER CARDIOLÓGICO:	SIM (X)	NÃO ()	Risco Cirúrgico:
RESERVA DE HEMODERIVADOS:	SIM ()	NÃO (X)	GRUPO SANGÜÍNEO:
RESERVA DE LEITO DE UTI:	SIM ()	NÃO (X)	Qual?: UTI: LEITO:

ALERGIA		USO DE SONDAS	
SIM ()	QUAL:	SNE ()	SNG ()
NÃO (X)	OBSERVAÇÃO:	SVD ()	
ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO		Outra:	
SIM ()	QUAL:	DRENO	
NÃO (X)	OBSERVAÇÃO:	SIM () NÃO ()	
SIM ()	QUAL:	Qual:	
NÃO (X)	HORÁRIO DA ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO:	Local:	

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE			
JEIUM:	SIM (X)	NÃO ()	À partir do dia: 28/09 às 20:00
HIGIENIZAÇÃO:	SIM (X)	NÃO ()	Observação:
TRICOTOMIA:	SIM ()	NÃO (X)	Observação:
RETIRADO ADORNOS:	SIM (X)	NÃO ()	RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA:
CIRURGIAS ANTERIORES:	SIM (X)	Quais/Datas:	SIM () NÃO (X)
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE:	SIM (X)	Quais/Datas:	
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:	SIM (X)	Observação:	LATERALIDADE
	NÃO ()		DEMARCADORA:

Enfermeiro Responsável:

(Assinar e Carimbar)

ARUANA SEGUROS

1-0-OUT 2019

COD 38404

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Rosenildo Reis de Souza Registro: 103630

Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	Serviço Social
22/03/18	Realização de atendimento social ao paciente, sensibilização para tratamento de álcool + tabaco. Orientações sobre direitos do usuário, normas e rotinas da unidade.
	HCM - Hospital Casa Medica Camara Viviane Cristina A. Galdino Assistente Social CRESPRE 6619
23/03/18	☞ CAROLLOCA ☞
11h	Paciente, ans, sem comorbidades, sem queixas cardiovasculares. Admite através da Otorrinolaringologia pl. influências cirurgias.
	At exame: ECG comensal. supn = PA = 140x80 FC 70 SPO2 = 98% AR = MV @ sem ART ATRA ACV = RCR em 2T BAF
	ECG → Ritmo sinusal, regular, sem alterações
	Condição: Paciente apto pl realização de procedimento cirurgico com risco baixo.
	Dra Vanessa Alves Cardiologia CRM - PE 20.220
23/03/18	Atendimento
	Paciente encaminhado para cirurgia
	Ch: Sinalo medicado

Dr. Márcio Mendes de Oliveira
Ortopedia - Traumatologia
CRM 18568

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Name:

Registro:

Clinical:

Enfermaria:

Left:

	Date/Hora
--	-----------

Date/Hours

2/3/2

of 2010

Boyle, Jennifer, II, Assistant Agent
to the Agent, San Juan, no
mounts.
Javier, Federico de la Cruz
Name

James Andrew de la Cruz

On 11/03/2015
Office of the Registrar
Office of the Registrar

81/60/62

Examinado em 1-02-00 de final - duas folhas. Material
hidrovocado, supurante, apical, abscessado, necrosado,
na parte N.O., elevadamente (+), moderado
C.P.M., moderado fibroso, moderado alto

259 E.H. 2



**HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA**



**GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR**

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Donatella Lima Teixeira Registro: 403650

Clinica: _____ Enfermaria: Internado Leito: _____

[illegible]

ARUANA SEGUROS

~~16 JUL 2016~~

ARUANA SEGUROS
18 OUT 2013

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BUIRIL

João Ribeiro dos Santos
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NOME 2.816.743

DATA DE EXPEDIÇÃO 13/06/2012

FRACÇÃO << JOSEILDO LINS DE SOUZA >>

<< JOSE AMARO DE SOUZA >>

<< MARIA ROSA DO NASCIMENTO >>

NATURALIDADE CABO DE SANTO AGOSTINHO - PE

COD. ORIENTA << 0774790155 1964 1 00028 244 >>

CNPJ 0014569 01 CABO DE SANTO AGOSTINHO-PE >>

449.788.204-72

ASSINATURA DO TITULAR

LEN 7 118 DE 28/04/83

F-50 13.766 - 4323

VALIDA EM TODOS
 OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
 1024249555

NOME
 ROBERTO LUIS DA SILVA RODRIGUES FILHO

DOC IDENTIFICADORA: DMS, DMSB, UF
 8240827 828 PM

CPF
 108.540.924-18

DATA NASCIMENTO
 27/09/1995

FILIAÇÃO
 ROBERTO LUIS DA SILVA
 RODRIGUES
 MARTHA DE CARVALHO
 RODRIGUES

PERMISSÃO
 AOC
 DAT HAB
 8

Nº REGISTRO
 05098497100

VALIDADE
 29/10/2018

P. HABILITAÇÃO
 13/02/2014

OBSERVAÇÕES
 Exerce Ativ. remunerada

Roberto Luis Rodrigues

LOCAL
 OLINDA PM

DATA EMISSÃO
 13/03/2015

41505670510
 20055401630

1024249555

ARIANA SEGUROS
 10 OUT 2013

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014203214358
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CÓD. RENAVAM 426247396 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2018

NOME

HELIO GALVAO DA SILVA

IPOJUCA-PE

CPF / CNPJ

044.711.084-50

PLACA

PRE5271

PLACA ANT. / UF

***** / PE

CHASSI

9C2KD0550CR543853

ESPÉCIE TIPO

PAS / MOTOCICLISTA

COMBUSTÍVEL

ALCO/GASOL

MARCA / MODELO

HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB.

2011

ANO MOD.

2012

CAP / POT / CL

2P/149CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

IPVA 2018 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA

VENC. / COTAS

1° *****

2° *****

3° *****

PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IDF (%)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES

SOM RESERVA

IPOJUCA

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Diretor Presidente DETRAN/PE

DATA 17/03/18

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014203214358 BILHETE DE SEGURO DPVAT

HELIO GALVAO DA SILVA

55590-000

CASA- 42-A IPOJUCA-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 0800 022 1204

EXERCÍCIO

2018

DATA EMISSÃO

17/03/18

VIA

1

CPF / CNPJ

044.711.084-50

PLACA

PRE5271

RENAVAM

426247396

MARCA / MODELO

HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB.

2011

CAL. DIR.

09

Nº CHASSI

9C2KD0550CR543853

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IDF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELA SEGURADORA (R\$)

SEGURO PAGO

PAGAMENTO

COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.

ARUANA SEGUROS

10 OUT 2013

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180476756 **Cidade:** Ipojuca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILDO LINS DE SOUZA **Data do acidente:** 22/03/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE COM FIO KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSE NILDO LINS DE SOUZA
 DATA DO ACIDENTE 22/09/18 CPF DA VÍTIMA 449.788.204-72
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ROBERTO LUIS DA SILVA RODRIGUES FILHO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR AV. GETULIO VARGAS
 Nº 900 COMPLEMENTO _____ BAIRRO CENTRO
 CIDADE CABO UF PE CEP 54.505-860
 E-MAIL _____ TELEFONE (81) 3011-3204

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
 () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM OCORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
 IDENTIDADE _____
 ASSINATURA Roberto Luis

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
 NOME ARUANA SEGUROS
 ASSINATURA Josely

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: JOSE NILDO LINS DE SOUZA

Id: 2.816.743

CPF: 449.788.204-77

End: RUA DA JARDIMIA, Nº 104, RUIROPOLIS, IPOJUCA-PE

Outorgado: ROBERTO LUIS DA SILVA RODRIGUES FILHO

Id: 8.360.827

CPF: 108.580.994-38

End: AV. PRESIDENTE GETULIO VARGAS, Nº 900, CENTRO
CABO-PE

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente ao **SEGURO DPVAT**, que figura como vítima JOSE NILDO LINS DE SOUZA

Cabo 14 de maio de 2018

[Handwritten signature]

JOSE NILDO LINS DE SOUZA

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO MÁRCIO MENDES - 3.º OFÍCIO DE NOTAS DO CABO - PE
R. Armindo Jorge Sales, nº 106-B - Centro - Cabo de Santo Agostinho - PE - CEP: 55.510-400 - Tel: (81) 2521-6651

Reconheço a firma por autenticidade des 14/05/2018 10:00:57
JOSE NILDO LINS DE SOUZA, Dou fe.

Em testemunho Olga Linza Campelo de Oliveira Total R\$ 4,79
Tab./Esc.: Olga Linza Campelo de Oliveira Total R\$ 4,79

Selo Digital N. 00/4965-65201801.04735

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



ARUANA SEGUROS
10 OUT 2018

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0371309/18

Vítima: JOSENILDO LINS DE SOUZA

CPF: 449.788.204-72

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/03/2018

Titular do CPF: JOSENILDO LINS DE SOUZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ROBERTO LUIS DA SILVA RODRIGUES FILHO : 108.580.994-38

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

JOSENILDO LINS DE SOUZA : 449.788.204-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/10/2018
Nome: ROBERTO LUIS DA SILVA RODRIGUES FILHO
CPF: 108.580.994-38

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/10/2018
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

ROBERTO LUIS DA SILVA RODRIGUES FILHO

Josyelli de Oliveira Cabral