

---

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**

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
 DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 231 231 231 (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

JOSEVILDO LINS DE SOUZA

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo

JOSEVILDO LINS DE SOUZA

CPF titular da conta

449-788.204-72

Profissão

RECRON

Endereço

RUA DA SAÚDEIRA

Número

109

Complemento

00 SA

Bairro

IPOJUCA

Cidade

IPOJUCA

Estado

PE

CEP

55590-000

(81) 3011-3226

Email

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**
 RECLUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) / BANCO DO BRASIL (001) / ITAU (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (004)

AGENCIA

CONTA

0699

102101

1

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

NBB

NBB

AGÊNCIA

NBB

DV

CONTA

NBB

(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 Lider 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.

IPOJUCA/PE, 10 de 10

Local e Data

ARUANA SEGUROS

10 OUT 2013

Josevildo Lins de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

POUPANÇA

CARTÃO

ARUANA SEGURO

10 OUT 2013

4392 6719 0225 9957

JOSE NILO LINS DE SOUZA

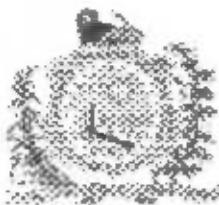
0559 013 00102101-1

10/24

VISA

Electron

Valid only in Brazil / Válido apenas no Brasil



**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 N°. 18E0132001574**

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

Completa o BO Número: **18E0132001573**

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

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE-68, 1, ENTRADA DE SUAPE -**  
Bairro: **ZONA RURAL - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **NÃO INFORMADO**

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

**DESCONHECIDO ( AUTOR / AGENTE )**  
**JOSENILDO LINS DE SOUZA ( VÍTIMA )**



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

**VEÍCULO:** (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 EUROPOLIS DE BAIXO, 184, RUA DA JAQUEIRA - CEP: 0**  
- Bairro: **EUROPOLIS 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 (VEÍCULO)**, que estava em posse do(s) Sr(a): **JOSENILDO LINS DE SOUZA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 125 BROS ES** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: PEZ6274 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

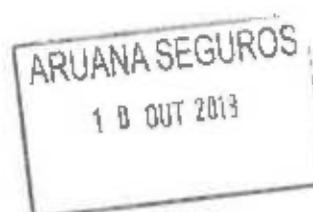
### Complemento / Observação

A VITIMA AFIRMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA SUPLA CITADA NA RODOVIA PE 69, 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 SEGUIDA PARA O HOSPITAL DOM HELDER NO CABO 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: 2731183





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 042ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPOJUCA -  
DP42ºCIRC DIM/10ºDESEC

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 - Culposo (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 Mae: 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: **PEEE271 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**



**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 SOPRENDENDO FERIMENTOS POR TODO CORPO, SENDO SOCORRIDA PARA A UPA DE IPOJUCA E EM SEGUIDA PARA O HOSPITAL DOM HELDER NO CABO DE SANTO AGOSTINHO.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente neste 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 VILDO LINS DE SOUZA**

CPF da Vítima

**449.788.204-72**

Data do Acidente

**22/03/18**

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

**(011) 3011-3226**

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.

**1º Possum - R. 01 de 10 de 18**  
Local e Data

**JOSE VILDO LINS DE SOUZA**  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**JARUANA 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 VILDO LINS DE SOUZA**

CPF da Vítima

**449.788.204-72**

Data do Acidente

**22/03/18**

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

**(011) 3011-3226**

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.

**1º Possum - R. 01 de 10 de 18**  
Local e Data

**JOSE VILDO LINS DE SOUZA**  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**JARUANA SEGUROS**  
10 OUT 2013

Ortopedista - NEGRA Almeida



**SECRETARIA DE SAÚDE DO IPOJUCA**  
FICHA DE ATENDIMENTO



Nº REGISTRO <b>9.864</b>	DATA E HORA DO NASCIMENTO <b>07/06/64</b>	EMERGÊNCIA DE ADULTOS E INFANTIL		
-----------------------------	---	----------------------------------	--	--

PACIENTE: **Rosenildo** NASCIMENTO: **de Oliveira** IDADE: SEXO: COR:

ESTADO CIVIL: **Sposo** PROFISSÃO: NATURALIDADE: NACIONALIDADE:

Nº DE IDENTIDADE  
FILIAÇÃO PAI  
ENDERECO: MÃE **Maria Paula** do casamento  
COMPLEMENTO

BAIRRO: **Ribeirão das Lajes** CIDADE: **Ipojuca** UF: **PE** TELEFONE:

ORIENTAÇÃO:

PROCEDÊNCIA: MEIO DE TRANSPORTE: **Adriana Cordeiro**

CONSULTA DE ENFERMAGEM

DATA: **22/03/18** HORA: **9:00** ENFERMEIRO: COREN: **Enfermeira**  
COREN-PE 392.971

SITUAÇÃO QUEIXA: DOR NO BRAÇO DIR + RECESSO CERVICAL APÓS 10 HORAS + 18 hs. AO EXAME MUS. VÍXIA (+) EDÉMIA, BRAÇO DIR. MUS. LUMBAR VÁRIAS ESCORVAÇÕES PENO CORPO.

ANTECEDENTES:  DIABETES  HIPERTENSÃO  CARDIOPATIAS  DOENÇA NEUROLOGICA  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 MÓTORA	DÉFICIÊNCIA MOTORA	PUPILAS
ESCORE	ESCORE	ESCORE	MSD <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	ISOCÓRICAS <input type="checkbox"/> ANISOCÓRICA <input type="checkbox"/>

DOR:  SIM  NÃO SUDORESE:  SIM  NÃO PALIDEZ  SIM  NÃO

EXAME FÍSICO: **Transtornos no pulmão e no tórax**

**Doença de Alzheimer**

**ARUANA SEGUROS**

**10 OUT 2018**

DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM:  
**episódio** - **infarto - angina I**  
**- Diabetes mellitus - angina II**  
**- Hipertensão arterial - angina III**

**Dr. Carlos Góes / N.º de registro**  
**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





CNPJ 09.769.035/0001-64  
INSC.EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA JOSE PLECH FERNANDES - NUM. - 00124 - CENTR  
O CABO DE SANTO AGOSTINHO PE 54510-390

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 4360230   Fev/2018
MARCOS LEITE DE ANDRADE JUNIOR		
AV PRES GETULIO VARGAS, N. 00900 - LOTE 006 - CENTRO CABO DE SA		
NTO AGOSTINHO PE 54505-560		
INSCRIÇÃO: 029.225.105.0175.008 GRUPO: 1 DÉB. AUTOMÁTICO: 004360230		
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	QUANTIDADE DE SOCORRIMAS RESIDENCIAL / COMERCIAL / INDUSTRIAL / PÚBLICA
HIDROMETRO A10B0033852	DATA LEIT ANTERIOR 23/01/2018	DATA LEIT ATUAL 22/02/2018
		TIPO DE CONSUMO (WE) MÉDIA HD

AQUA:

LEIT ANT: 260 CONSUMO: 3  
LEIT ATU: RECORRENÇIA TAXA M  
LEIT FAT: 270

HISTÓRICO DE CONSUMO  
REFERÊNCIA CONSUMO

01/2018	03	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
			EXIG.	PORT.	ANALISES
12/2017	06	TURBIDEZ	74	74	74
11/2017	04	COR APARENTE	74	74	62
10/2017	04	CLORO RESIDUAL	74	74	74
09/2017	02	COLIF. TOTAIS	74	74	73
08/2017	01	E. COLI	74	74	74
MÉDIA:	03				

MÉDIA: Qualidade de Água: [www.compresa.com.br](http://www.compresa.com.br)

OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
(2)OS PARÂMETROS CONFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO  
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA  
(3)OS PARÂMETROS 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 DEBITOS PARCELA 01/05		159,00
HUITA P/IMPONTEU TOADF 01/2018		1,18
JUROS DE MORA 10/2017 11/2017		1,60
DESCONTO ANTIGUIDADE 01/2018		47,46

TRIBUTOS	VALOR DO TRIBUTO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPÓSITO
COFINS	59,11	1,65	0,98
	59,11	7,60	4,49

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

MENSAGEM:



ARUANA SEGUROS  
10 OUT 2018

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

### CIRCULAR SUSEP 445/12

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ROBERTO LUIS DA SILVA RODRIGUES 71460 inscrito (a) no CPF sob o Nº 108.580.991-138, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSEVILDO LINS DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 449.788.209-172, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIZEZ da Vítima JOSEVILDO 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 Lider-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	Número	Complemento	
<u>AV. PRESIDENTE GETÚLIO VARGAS</u>	<u>900</u>		
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>CB0</u>	<u>PE</u>	<u>54505-860</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	(81)3011-3229

1ABO-PE, 01 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 05708000 418, 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 5271

Chassi: 9C8K2D550CR543853

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, n.º 104-B - Centro - Cabo de Santo Agostinho - PE CEP 54.510-400 - Tel.: (81) 3527-1000

Reconheço a firma por autenticidade de: 14/05/2018 10h15m50s  
HELIO GALVÃO DA SILVA. Sou fa.

Em testemunho \_\_\_\_\_ da verdade. Custas R\$ 3,99  
Tab./Esc.: \_\_\_\_\_ ISNR R\$ 0,80

Olga Luiza Campelo de Oliveira Total R\$ 4,79  
Selo Digital N. 0074967.SK005201801.04739

Consulte autenticidade em [www.tage.jus.br/selodigital](http://tage.jus.br/selodigital)



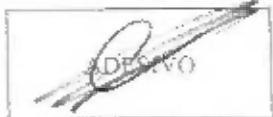
ARUANA SEGUROS

10 OUT 2013

Ortopedista - NEGRA Almeida



**SECRETARIA DE SAÚDE DO IPOJUCA**  
FICHA DE ATENDIMENTO



Nº REGISTRO <b>9.864</b>	DATA E HORA DO NASCIMENTO <b>07/06/64</b>	EMERGÊNCIA DE ADULTOS E INFANTIL		
-----------------------------	---	----------------------------------	--	--

PACIENTE: **Rosenildo** NASCIMENTO: **de Oliveira** IDADE: SEXO: COR:

ESTADO CIVIL: **Sposo** PROFISSÃO: NATURALIDADE: NACIONALIDADE:

Nº DE IDENTIDADE  
FILIAÇÃO PAI  
ENDERECO: MÃE **Maria Paula** do casamento  
COMPLEMENTO

BAIRRO: **Ribeirão das Lajes** CIDADE: **Ipojuca** UF: **PE** TELEFONE:

ORIENTAÇÃO:

PROCEDÊNCIA: MEIO DE TRANSPORTE: **Adriana Cordeiro**

CONSULTA DE ENFERMAGEM

DATA: **22/03/18** HORA: **9:00** ENFERMEIRO: COREN: **Enfermeira**  
COREN-PE 392.971

SITUAÇÃO QUEIXA: DOR NO BRAÇO DIR + RECESSO CERVICAL APÓS 10 HORAS + 18 hs. AO EXAME MUS. VÍXIA (+) EDEMA, BRAÇO DIR. MUS. LUMBAR VASAS ESCORRÇOES PENO CORPO.

ANTECEDENTES:  DIABETES  HIPERTENSÃO  CARDIOPATIAS  DOENÇA NEUROLOGICA  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 MÔTORA	DÉFICIÊNCIA MOTORA	PUPILAS
ESCORE	ESCORE	ESCORE	MSD <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	ISOCÓRICAS <input type="checkbox"/> ANISOCÓRICA <input type="checkbox"/>

DOR:  SIM  NÃO SUDORESE:  SIM  NÃO PALIDEZ  SIM  NÃO

EXAME FÍSICO: **Tronco em postura de sentado**

**Dor no braço**

**ARUANA SEGUROS**

**10 OUT 2018**

DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM:  
**ep. Rx** - inflam - > ang 3M  
 - Discrepancia - > ang 3M  
 - Dolor - > ang 1M

**Dr. Carlos Celso Góes W de Oliveira**  
CRM-PE: 20556  
TEOT: 15742  
Ortopedia / Traumatologia

# ATENDIMENTO MÉDICO

**História do Trauma:**

Perda de Consciência	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Episódio Estéril: <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Acidente de Trabalho: <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Acidente de Trabalho:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Tipo:			
Colisão:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Tipo:		Motorista: <input type="checkbox"/>	Passageiro: <input type="checkbox"/>
Atropelamento:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Local do Impacto:			
Vítima de Ferimento	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Tipo:		Sofreu Queda: <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Queimadura	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Por:		Altura: _____	m

Condições de Imobilização Adequada:  Sim  Não Por Que:

**EXAMES FÍSICOS:**

Rn lne reforçado D ?

CD = T de lne D

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

**EXAMES SOLICITADOS: LABORATORIAIS:**
**DIAGNÓSTICO:**

EXAMES ESPECIALIZADOS:	<input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA	<input type="checkbox"/> RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	<input type="checkbox"/> ANGIOGRAFIA
	<input type="checkbox"/> ENDOSCÓPIA	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> ULTRASSONOGRAFIA

PREScrição MÉDICA: DATA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

Exame 1/ ADH mto 5/11/93

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

INDICAÇÃO CIRÚRGICA:  SIM  NÃO

CLASSIFICAÇÃO RESERVA:

**CONDICÃO DE ALTA**

INTERNAMENTO  CIRURGIA  ÓBITO  TERMO DE ALTA PEDIDO  EVADIU-SE  CURADO  MELHORADO

TRANSFERIDO PARA:  INALTERADO  PIORADO

INTERNADO NA CLÍNICA:  ÓBITO

**INFORMAÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL**

CONFIRMAÇÃO DO NOME: ASSISTENTE SOCIAL

CONFIRMAÇÃO DO ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

PROVIDÊNCIAS: ALTA  TRANSFERÊNCIA  EXAME EXTERNO  ASSISTENTE SOCIAL

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

AUTORIZAÇÃO PARA ALTA/INTERNAÇÃO/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 se 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  
Data e Hora: 22/03/2018 13:17

Senha da Classificação:

0021

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: 14851  
 Endereço: RUAJAQUEIRA 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**

*Painel Vizinho 6 gols 6 mês operado abd e tórax evolução ap. abd em, ny em.*

**Exame Físico**

*Dor colo  
axila-Venul present  
gastro 15*

**\*esse Diagnóstico**

*Linfoma Exof. Simaluno 0*

*Tumor tórax*

**Conduta Terapêutica**

*intens*

**Prescrição Médica**

*Dr. Luiz Antônio Gomes da R.  
Dr. Luiz Antônio Gomes da R.*

Carimbo/Médico

**EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR**

**UNIDADE:  
LEITO DO PACIENTE**

**SEGUNDOS**

10 OUT 2013

## 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: 07/06/1964

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

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

Cabo de Santo Agostinho, 22/03/2018

Assinatura e R.G. do Responsável:

## SUMÁRIO DE ALTA

Relações de Alta:

Diagnóstico: *Melhorar* Fratura de sacro (suspeita) Fratura de rádio distal

Procedimento:

*Bloco*Alta em: *27/03/18* Hora:

Dr. Eduardo B. Oliveira

Médico e C.R.M.:

MEDICO

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

CRM: 21687

Assinatura e R.G.:

ARUANA SEGUROS

10 OUT 2018

# FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

23/03/18

em casa

Paciente

JOSE SILVA 41 ANOS DT SOUZA

Sexo

MASC

Cor

534 AST

Idade

53

Risco

1

CRM

Nome do Anestesista

Nome do Cirurgião

KERSON RODRIGUES

Medicação Pré-anestésica

Urgência

NÃO

SIM

Cirurgia

TORACOTOMIA EXTRAPLEURAL DE FRONTE DO TÓRAX DIREITO

Proc. 103680

Horário

18:00

19:00

O<sub>2</sub>

N<sub>2</sub>O

XO

Liquidos

CP

ETCO<sub>2</sub>

ECG

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

40

20

00

80

60

### Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 35618  
Paciente : 103680  
Convênio Atend. : 1  
Leito : 638  
Dt. Início : 28/03/2018 18:10 Dt. Fim : 28/03/2018 18:40

Sala : 0009 TEMPORARIA 04  
JOSENILDO LINS DE SOUZA  
SUS - INTERNACAO  
LEITO 5

Atendimento : 426257  
Carteira :  
Idade : 53 Anos

Cid Pré-Operatório :  
Cid Pós-Operatório :

### Procedimentos

Procedimento: 0408020431 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA URNA (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 Tratamento de desvitalização das artéria  
② Aspiração + histerosepsis  
③ Exploração dos fragmentos  
④ Realizar reanexação da fratura +  
fixação com os fios de Titânio 2  
⑤ Contrafixo

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

Dr. Leonardo Canéjo  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 13783 - EOT 1115

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA

ARUANA SEGUROS  
10 OUT 2013



1. Identificação

Leito da SRPA: 04

Nome: \_\_\_\_\_ data: 23/03/18 Hora: 18:55 Registro: 103630  
Leito de origem: \_\_\_\_\_

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: TAC - IR - trat. de lesão vertebral

Tipo de anestesia: Geral endotubosa

Equipe: Dr. Leonardo Camilo Anestesista: Dr. Henrique Timpau

3. Admissão

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

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

Sonda: ( ) SVD ( ) SNG ( ) SNE

Acesso Venoso Periférico: ( ) Não ( ) Sim Onde: M.R.

Acesso Venoso Central: ( ) Não ( ) Sim Onde: \_\_\_\_\_

Drenos: ( ) Não ( ) sim Onde: \_\_\_\_\_

Sinais vitais: PA: 160 x 100 mmHg FR: 15 p/min FC: 75 p/min SaPO2: 96%

Glasgow: 15

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	180/50	130/50	130/50	130/50	130/50	130/50
FR	156/96	155/90	152/91	148/85	150/79	150/79
FC	76	70	62	77	76	76
SaPO2	94%	95%	93%	96%	97%	97%
Glasgow	15	15	15	15	15	15

5. Intercorrências/observações:

PR

transfuso - 500 ml. Nível d' Água 50%

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: 148/86 FC: 65 FR: \_\_\_\_\_ SaPO2: 98 Glasgow: 15

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

Data: 03/04 Horário: 12h Responsável pelo encaminhamento: Maria Fernanda Bitu

Alta da SRPA pelo médico: \_\_\_\_\_

Maria Fernanda Bitu  
CRM 18125  
CPF: 023.143.864-10

Médico Anestesiologista  
CRM 18115  
CPF: 041.141.964-10

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.: RUAJAQUEIRA  
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? *T/M*
- 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 *HC, cirurg. final, nadio biostal*
- 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 *N/A*
- 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

Assinatura: *[Assinatura]*  
Enfermeira: *[Assinatura]*  
COREN-PE 345.127

Nome: <i>João Pedro Sampaio de Souza</i>		Registro: <i>103660</i>	Leito:
Procedimento cirúrgico: <i>POJ + TO: fístula - Fístula nádol</i>		Data: <i>28/03/15</i>	Hora:
DIAGNÓSTICO <i>Sistêmico</i>		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
1. Ansiedade ( )		<input type="checkbox"/> Encorajar verbalização dos sentimentos e medos <input type="checkbox"/> Proporcionar apoio emocional <input type="checkbox"/> Dar informação ao paciente e familiares <input type="checkbox"/> Outros	
2. Ventilação prejudicada (X)		<input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado <input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário <input type="checkbox"/> Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz <input type="checkbox"/> Manter o paciente em posição de Fowler <input checked="" type="checkbox"/> Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR <input checked="" type="checkbox"/> Instalar X Manter X Anotar oximetria de pulso <input type="checkbox"/> Outros	
3. Padrão de eliminação urinária ( ) Diminuído ( ) Aumentado		<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ___ / ___ h <input type="checkbox"/> Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen) <input type="checkbox"/> Colocar o paciente em posição de Fowler <input type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição <input type="checkbox"/> Registrar se: ( ) Dor ao urinar <input type="checkbox"/> Abaulamento em região suprapúbica ( ) Ausência de diurese espontânea <input type="checkbox"/> outros	
4. Dor (X) Local: _____ ( ) Leve ( ) Moderada ( ) Severa		<input checked="" type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar a localização e a intensidade da dor <input checked="" type="checkbox"/> Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação <input checked="" type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da dor <input checked="" type="checkbox"/> Registrar características e intensidades da dor <input type="checkbox"/> outros <input checked="" type="checkbox"/> Descrever características da lesão <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo a cada <i>24/24</i> h <input type="checkbox"/> Realizar mudança de deúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação <input type="checkbox"/> Medir débito de dreno de ___ / ___ h <input type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por ___ h <input type="checkbox"/> Outros	
5. Integridade tissular prejudicada (X)			
6. Sangramento ( ) Local: _____ ( ) Leve ( ) Moderada ( ) Severo		<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de ___ / ___ min <input type="checkbox"/> Manter elevado: _____ <input type="checkbox"/> Realizar curativo oclusivo <input type="checkbox"/> Outros	
7. Imobilidade no leito prejudicada ( )		<input type="checkbox"/> Pinçar dreno ao manusear o paciente <input type="checkbox"/> Avaliar mobilização de dreno (Tracionado) <input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição: _____	

COD. 38605

ARUANA SEGUROS  
10 OUT 2013

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
8. Desidratação ( )	<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspectos da diurese a cada / h <input type="checkbox"/> Avaliar e registrar umidade de mucosa <input type="checkbox"/> Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária <input type="checkbox"/> Registrar turgor e elasticidade da pele <input type="checkbox"/> outros	
9. Êmese ( ) Náusea ( )	<input type="checkbox"/> Registrar aspectos e quantidade de episódios <input type="checkbox"/> Verificar posicionamento da SNG/SNE <input type="checkbox"/> Manter decúbito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada <input type="checkbox"/> Outros	
10. Temperatura Corporal ( ) Diminuída ( ) Elevado	<input type="checkbox"/> Aferir temperatura de ___ / ___ h e comunicar se estiver abaixo de 35º C ou acima de 37ºC <input type="checkbox"/> Em caso de hipotermia aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica <input type="checkbox"/> Em caso de hipertermia retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente <input type="checkbox"/> Outros	
11. Choque Hipovolêmico (X)	<input checked="" type="checkbox"/> Aferir sinais vitais a cada <u>15/45</u> min. <input type="checkbox"/> Avaliar coloração e umidade da pele <input type="checkbox"/> 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 ( )	<input type="checkbox"/> Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização <input checked="" type="checkbox"/> Registrar e anotar sinais flogísticos Local: <u>nil</u> <input checked="" type="checkbox"/> Examinar F.O. e registrar alterações ( <input checked="" type="checkbox"/> dor; <input checked="" type="checkbox"/> Calor; <input checked="" type="checkbox"/> Rubor; <input checked="" type="checkbox"/> Edema.) <input type="checkbox"/> Outros	
G - Sonda Nasogástrica	PA - Pressão Arterial	FC: Frequência Cardíaca
SNE - Sonda Naso Enteral	HGT - Hemoglicoteste	AVP - Acesso Venoso Periférico

<i>Rafaela Ferreira</i> Enfermeira COREN-PE 345.127		<i>S. Oliveira M. Erico</i> Téc. Enfermagem COREN-PE 285185	<i>Luciana M. da Melo Costa</i> Téc. de Enfermagem COREN-432065
ENFERMEIRO(A) - D -	ENFERMEIRO(A) - N -	TÉC. EM ENFERMAGEM - D -	TÉC. EM ENFERMAGEM - N -

ASSINATURA E CARIMBO

ASSINATURA E CARIMBO



HOSPITAL  
**DOM HELDER CÂMARA**



## **IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL**

## 1. Identificação

Nome: Renilda Lira da Silva Data: 28/03/18 Registro: 163600  
Convênio: SUS Letro: \_\_\_\_\_ Hora: 18:00

## 2. Equipe médical

Cirurgião: Dr. <sup>1º</sup>  
Anestesista: Dr. <sup>1º</sup> auxiliar:  
Instrumentador:   
Circulante: <sup>2º</sup> auxiliar:

HDH ONE ASSSE  
MOTOR BATERIA 13653  
FUNDACAO PROFESSOR MARTINIANO FERNA  
CME  
LOTE:232252  
PLASMA  
EST:27/03/2018  
VAL:27/03/2019  
003176570  
CAMILA FIGUEIREDO COREN/PB 148616  
WWW.FMRAAFSTFR.COM.BR

## GERÊNCIA DE ENFERMAGEM EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

**1 - IDENTIFICAÇÃO:**

Nome: Jovemelha Lins da Silva Data: 28/10/31/18 Hora: 18:00 Registro: 103580  
 Convênio: SUS Leito: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

**2 - EQUIPE MÉDICA:**

Cirurgião: Dr. Vinícius Anestesista: Dr. Marcus, Interno  
 Auxiliar: \_\_\_\_\_ 2º Auxiliar: \_\_\_\_\_ Instrumentador: \_\_\_\_\_

**3 - DADOS DA CIRURGIA:**

Cirurgia: TACUNA FST Rádio Início: 18:00 Término: \_\_\_\_\_  
 Anestesia: Sedação Início: 18:00 Término: \_\_\_\_\_

**4 - PRÉ-OPERATÓRIO:**

Estado Geral:	<input type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Grave	
Nível de Consciência:	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Sonolento	<input type="checkbox"/> Coma
Respiração:	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> Entubado	<input type="checkbox"/> Traqueostomizado	
Tricotomia:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/>	Monitor Cardíaco <input checked="" type="checkbox"/>	PNI <input checked="" type="checkbox"/>	Bomba CEC <input type="checkbox"/>	Aspirador <input type="checkbox"/>
Colchão Térmico <input type="checkbox"/>	Batatrô Ultrasônico <input type="checkbox"/>	Artroscópio <input type="checkbox"/>	Microscópio <input type="checkbox"/>	Capnógrafo <input type="checkbox"/>
Bisturi Elétrico <input type="checkbox"/>	Local de Placa _____			
Carro de Anestesia <input checked="" type="checkbox"/>	Dprofusor <input type="checkbox"/>	Intensificador <input type="checkbox"/>		
Ap. Vídeo <input type="checkbox"/>	Bomba de Infusão <input type="checkbox"/>		Nº ( )	_____
Oxigênio <input type="checkbox"/>	Início _____ Término _____			
Protóxido <input type="checkbox"/>	Início _____ Término _____			
Gás Carbônico <input type="checkbox"/>	Início _____ Término _____			
Outros: _____				

**5.1 - PROCEDIMENTOS:**

Canula Orotraqueal: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____	Punção Venosa: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____
Sonda Vesical de Demora: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____	Sonda Gástrica: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____
Drenagem (Tipo e Local): Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____	
Curativo (Tipo e Local): Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> <u>local lungas</u>	

**5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:**

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

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

**6 - OBSERVAÇÕES:**

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

**7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO**

Paciente: <input checked="" type="checkbox"/>	Acordado <input checked="" type="checkbox"/>	Narcose <input type="checkbox"/>	Entubado <input type="checkbox"/>	Traqueostomizado <input type="checkbox"/>		
Encaminhado para: <input checked="" type="checkbox"/>	SRPA <input checked="" type="checkbox"/>	S. Intensiva <input type="checkbox"/>	LICOR <input type="checkbox"/>	UTI <input type="checkbox"/>	Apt <sup>o</sup> <input type="checkbox"/>	Residência <input type="checkbox"/>

Data: 28/10/31/18 Hora: \_\_\_\_\_ Enfermeira: Kefati Circulante: \_\_\_\_\_

ARQUIVADA SEGUROS

10 OUT 2019

CÓD. 38607

PACIENTE:	José Antônio Lima			DATA:	RB 103/10		
CIRURGIÃO:	M.º Henrique		AUXILIAR:		RG:	103608	
ANESTESISTA:	Dra. Marcella		ANESTESIA:	Sedativa			
CIRURGIA:	Tumorectomia FIST. Radial		COORDENAÇÃO DO BLOCO:	Vinícius D			
ESTRUMENTADOR:	Enfermeiro						
CIRCULANTE:	Enfermeiro						
ENFERMEIRA:	Enfermeira						
				HORÁRIO INICIAL:	18:00	HORÁRIO FINAL:	

Descrição Material Usado em Sala			
<b>AGULHAS</b>			
13X4,5	25X7	25X8	40X12
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27
<b>ATADURAS</b>			
CREPÉ 10CM	CREPÉ 15CM	CREPÉ 20CM	CREPÉ 30CM
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM	
<b>CANULAS</b>			
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
TRAQUEOST 9,0			
<b>CATETER</b>			
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	
<b>LIMPADORES</b>			
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400
<b>CURATIVOS</b>			
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX
<b>EQUIPOS</b>			
BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SORO MACRO
<b>EXTENSORES</b>			
20CM	40CM	60CM	120CM
<b>LAMINAS</b>			
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6	
<b>LUVAS</b>			
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5
<b>SERINGAS</b>			
1ML	3ML	SML	10ML
20ML	60ML	60ML CATETER	
<b>AVENTAL CIRUR.</b>			
BS. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA PI/VIDEO	
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXÃO 2VIAS	CONEXÃO 4VIAS
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GAZES	GELFOAM
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO

Descrição Material Usado em Sala			
<b>DRENOS</b>			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 16	SUCCAO 3,2	SUCCAO 4,8	SUCCAO 6,4
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36
<b>SONDAS</b>			
ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRAÇÃO 16	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
<b>FIOS CIRÚRGICOS</b>			
ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDIACA
CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
NYLON 6-0	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 PISSO	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	AÇO 1	AÇO 4	AÇO 6

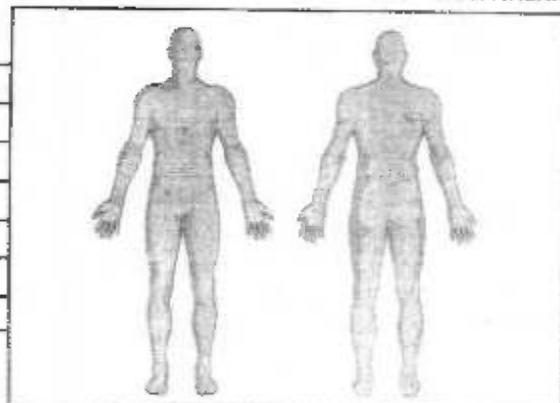
ARUANA SEGUROS  
CÓD. 16407  
10 OUT 2013

## CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

Data: 28/03/18

Hora: 07:00

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
Nome: <i>José da Silva e Souza</i>		
Data de Nascimento: <i>21/03/64</i>	Registro: <i>100000000000000</i>	
Setor: <i>Cardiologia</i>	Leito:	
SINAIS VITAIS		
PA:	T:	HGT:
Observação:		



ENTREVISTA				
HIPERTENSO:	SIM <input checked="" type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	MEDICAÇÃO EM USO:	
DIABÉTICO:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	MEDICAÇÃO EM USO:	
HÁBITOS:	TABAGISTA: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		Há quantos anos: <i>30 anos</i>	Qtd/dia: <i>1 pacote</i>
	ETILISTA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>		Há quantos anos:	Qtd/dia:

EXAMES SOLICITADOS				
IMAGEM: RX <input checked="" type="checkbox"/>	TAC c/ Contraste <input type="checkbox"/>	USG <input type="checkbox"/>	ECO <input type="checkbox"/>	LABORATÓRIO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Observação: <i>Exames agendados</i>
TAC s/ Contraste <input type="checkbox"/>	RNM <input type="checkbox"/>	CATE <input type="checkbox"/>		
PARECER CARDIOLÓGICO:	SIM <input checked="" type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Risco Cirúrgico:	<i>Alto</i>
RESERVA DE HEMODERIVADOS:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	GRUPO SANGUÍNEO:	
RESERVA DE LEITO DE UTI:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	Qual?: UTI: LEITO:	

ALERGIA			USO DE SONDAS
SIM <input type="checkbox"/>	QUAL: _____	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	SNE <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Outra: _____
NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	OBSERVAÇÃO: _____		
ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO			
SIM <input type="checkbox"/>	QUAL: _____	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	DRENO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Qual: _____
NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	OBSERVAÇÃO: _____		
SIM <input type="checkbox"/>	QUAL: _____	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	Local: _____
NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	HORÁRIO DA ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO: _____		

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE				
JEJUM:	SIM <input checked="" type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	À partir do dia: <i>27/03/18</i>	às <i>08:00</i> Observação: _____
HIGIENIZAÇÃO:	SIM <input checked="" type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Observação: _____	
TRICOTOMIA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	Observação: _____	
RETIRADO ADORNOS:	SIM <input checked="" type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
CIRURGIAS ANTERIORES:	SIM <input checked="" type="checkbox"/>	Qualis/Datas: <i>LIGAMENTO DE FALHO (E) / 2010</i>		
NÃO <input type="checkbox"/>			ARUANA SEGUROS	
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE:	SIM <input checked="" type="checkbox"/>	Qualis/Datas: <i>NO REFLUXO (E) / 2010</i>	10-OCT-2019	
NÃO <input type="checkbox"/>				
PULSERA DE IDENTIFICAÇÃO:	SIM <input checked="" type="checkbox"/>	Observação: _____	LATERALIDADE DEMARCADA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> Observação: _____
NÃO <input type="checkbox"/>				

Enfermeiro Responsável: \_\_\_\_\_

(Assinar e Carimbar)

COD: 98464

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Kareniberto Reis de Souza Registro: 103630

Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Data/Hora	Serviço Social
21/03/18	Realizou de standerten orientação ao paciente, realizando reunião para malha menta de fumo e tabaco. Orientações sobre hábitos de vida saudável, normas e rotinas da unidade.
	HCH - Hospital Dom Helder Câmara Viviane Góesma, Galdino Assistente Social CRESS/PE 6619
23/03/18	# CALORÍAS # 112
	Paciente, anos, seu comorbidades não queixas cardiovasculares. Admitido através da Ortopedia pt. artroscopia cirúrgica. No exame: ECG conservado regular PA = 140x80 1.º TO SOR. = 98% ATN = NIV 0 seu PTT 111A ACV = 620 seu VT 607
	ECG → Rítmo sinusid, regular, seu ritmo constante. Pode-se pt. realizar exames e procedimento cirúrgico com risco baixo.
	Dra Vanessa Alves cardiologista CRM - PE 20.220
	ARUANA SEGUROU: estabilizado e alta de riscos paciente submetido a cirurgia com ótimo resultado
	10 OUT 2018

Dr. Mauricio Mendes de Oliveira  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 18568

Ange

*monographia*  
239 tch  
variegata

29/03/18 Continuado da 1.º DPO de terça - Quinta feira neste  
CPM, medicamentos farmacêuticos, vitaminas alcool  
alas doutor U.C., farmacêutico (+), medicamento  
nutritivo + suplemento + alimentar vitamina ácido  
am C 68 + farmacêutico farmacêutico + vitamina

01/01/2010  
01/01/2010  
01/01/2010  
01/01/2010

After that, I began to learn about the world. So much so that I began to travel around the world.

## Orchestra

2013/2014

Clinica: \_\_\_\_\_ Enfermada: \_\_\_\_\_ Letra: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

EVO LUGAO CLINICA





HOSPITAL  
**DOM HELDER CÂMARA**



## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Jeanilda Alves Teixeira Registro: 103650

Clinica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

ARIANA SEGUROS

1-9 OUT 2018

ARUANA SEGUROS

1902 100 8 1



ESTADO DA SERRA DA MATA DA BAHIA  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CENTRAL DE HABILITAÇÃO

**NAME:** ROBERTO LOUIS DA SILVA RODRIGUES FILHO  
**DOC IDENTIDADE:** P.R. BAHIA - UF  
8246627 888 18  
**CPF:** 108.540.994-18    **DATA NASCIMENTO:** 27/09/1995  
**PRAÇÃO:**  
ROBERTO LOUIS DA SILVA  
RODRIGUES  
MARILZA DE CARVALHO  
RODRIGUES  
**PERMISSÃO:** ACC    **CAT.HAB:** B

**Nº REGISTRO:** 05098437108    **VENCIMENTO:** 25/10/2018    **HABILITAÇÃO:** 13/02/2014

**OBSERVAÇÕES:**  
Exerce Ativ. Remunerada

*Roberto Luis Rodrigues*  
Vencimento da habilitação

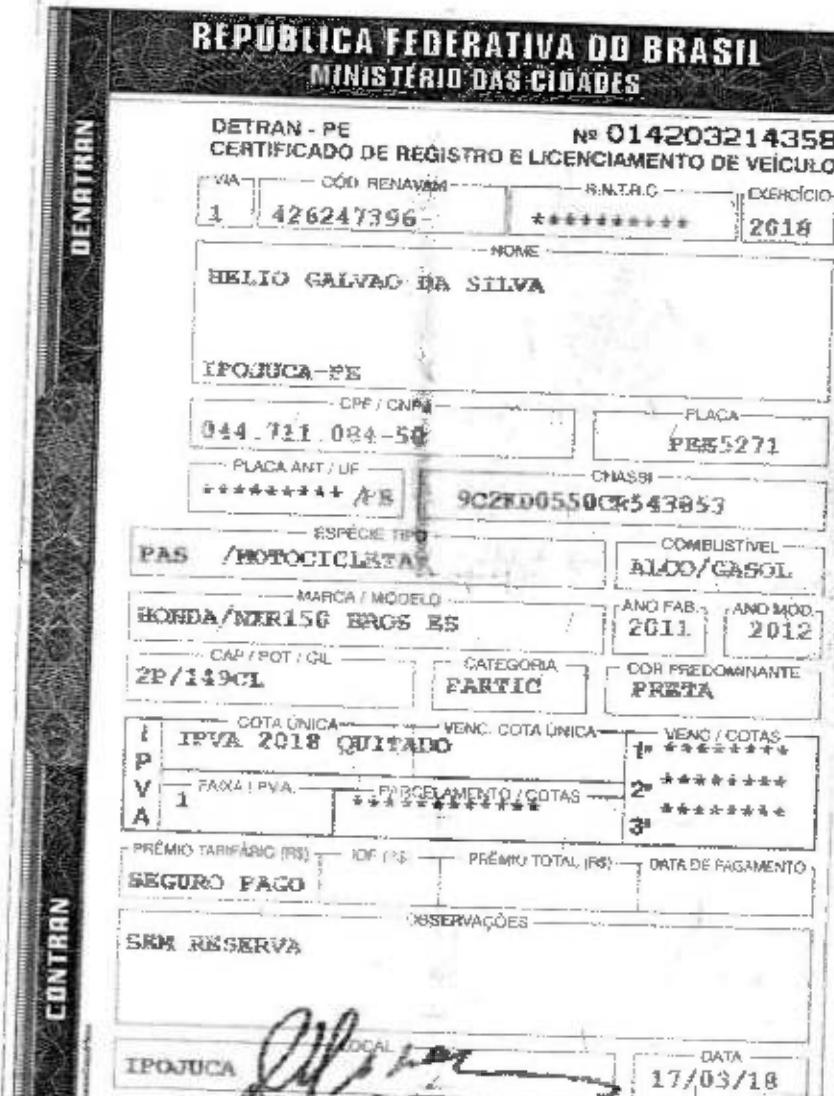
**LOCAL:** OLINDA - PE    **DATA VÍSIO:** 13/03/2015

*Alfonso*

ACONDICIONAMENTO: 41688670810  
PROMISSÃO DO PESSOA: 2M955401634.

**1024249555**

**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
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>



## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSE NILO DO LINS DE SOUZADATA DO ACIDENTE 22/03/18 CPF DA VÍTIMA 449.788.204-72PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ROBERTO LUIS DA SILVA RODRIGUES FILHOQUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_ENDERECO DO PORTADOR Avenida Getúlio VargasNº 900 COMPLEMENTO  BAIRRO CENTROCIDADE CABO UF PE CEP 51.305.860E-MAIL  TELEFONE (81) 3011-3224

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 IMPSSIBILIDADE 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, TAIIS 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 DA 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 DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINALS 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, TAIIS 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  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• MORTE = R\$ 13.500,00</li> <li>• 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.</li> <li>• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA</li> <li>• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO</li> <li>• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE <a href="http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR">WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR</a> OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204</li> </ul> |  |

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_

IDENTIDADE \_\_\_\_\_

ASSINATURA Roberto Luis

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

ARUANA SEGUROS

DATA \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

ASSINATURA Joséval

10 OUT 2019

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: José Nivaldo Lins de Souza

Id: 2.816.743 CPF: 449.788.204-72

End: Rua da Jardim, nº 104, Rio das Ostras, RJ - RJ

Outorgado: Domingos Lins da Silva Rodrigues Filho

Id: 8.360.827 CPF: 108.580.994-38

End: Av. Presidente Getúlio 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 José Nivaldo Lins de Souza.

Cabo, 14 de maio de 2018

José Nivaldo Lins de Souza

Assinatura do Outorgante  
(reconhecer firma por autenticidade)

**CARTÓRIO MÁRCIO MENDES - 3º OFÍCIO DE NOTAS DO CABO - PE**  
R. Armindo Jorge Sales, nº 104-B - Centro - Cabo de Santo Agostinho - PE - CEP: 54.510-480 - Tel.: (81) 3135-3166-6621

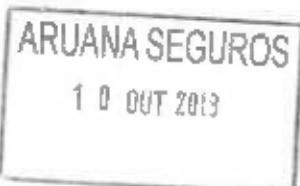
Reconheço a firma por autenticidade em 14/05/2018 10:00:57.  
José Nivaldo Lins de Souza, Outorgante.

Em testemunho \_\_\_\_\_ de verdade. Quetas R\$ 3,00  
Tab./Esc.: \_\_\_\_\_ ISNR R\$ 0,00

Olga Lins da Cunha de Oliveira Total R\$ 4,00

Selo Digital H. 00749666 201801.04735

Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital)



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0371309/18

**Vítima:** JOSENILDO LINS DE SOUZA

**CPF:** 449.788.204-72

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 22/03/2018

**Titular do CPF:** JOSENILDO LINS DE SOUZA

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## 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](http://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