



Número: **0065886-11.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 32ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSENILDO LINS DE SOUZA (AUTOR)	VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71080 308	16/11/2020 16:55	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



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.seguradoraslider.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

Pag. 00667/00668 - carta_01 - INVALIDEZ



00020334



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 16:55:00
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111616550039600000069691528>
Número do documento: 20111616550039600000069691528

Num. 71080308 - Pág. 1



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 231-0000 (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

Nome completo da vítima

449-788.204-72

Josenildo Lins de Souza

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOSENILDO LINS DE SOUZA	CPF titular da conta 449.788.204-72	Profissão Reposou
Endereço RUA DA JADEIRA	Número 109	Complemento LOSA
Barro IPOJUCA	Cidade IPOJUCA	Estado PE
Email	CEP 55590-000	Telefone (DDD) (81) 3014-3226

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a 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

<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	SEM RENDA	ATE 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	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAU (341)			
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (04)			
AGÊNCIA 0009	CONTA 102101	AGÊNCIA Nº 0009	CONTA Nº 0009
(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 Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Ipojuca, 201 de 10 de 10
Local e Data

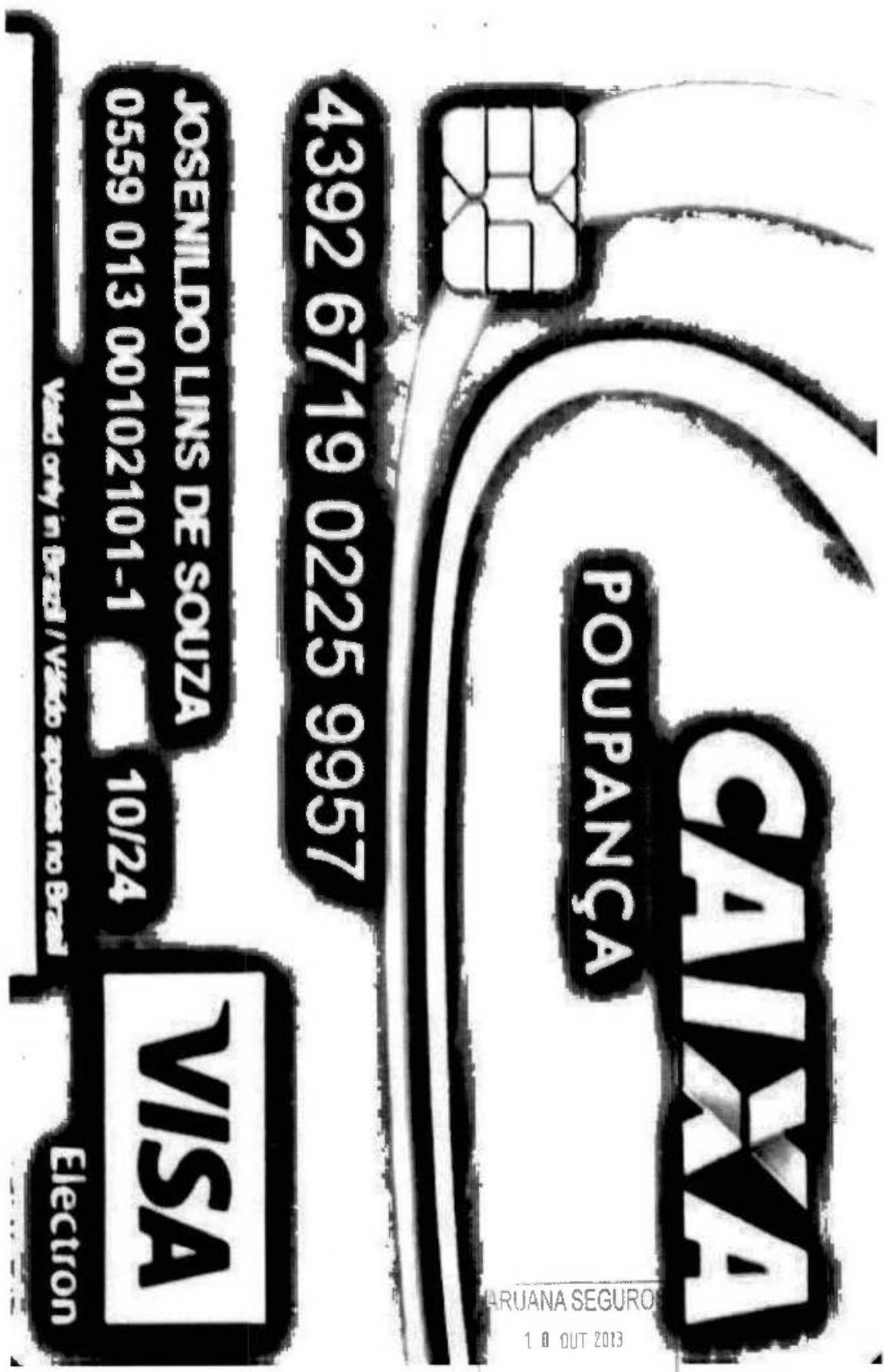
ARUANA SEGUROS
10 OUT 2013

Josenildo Lins de Souza
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE 001 V001/2013



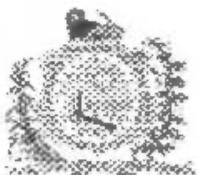


Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 16:55:00
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111616550039600000069691528>
Número do documento: 20111616550039600000069691528

Num. 71080308 - Pág. 3



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 042ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPOJUCA -
DP42ª CIRC DIM/10º DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 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 - 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 (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 RUOPOLIS DE BAIXO, 184, RUA DA JAQUEIRA - CEP: 0**
- Bairro: **RUOPOLIS 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: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

27/09/2018 16:26



Placa: PE22271 (PERNAMBUCO/NAO INFORMADO)

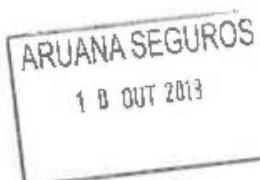
Complemento / Observação

A VITIMA AFIRMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA SUPLA CITADA NA RODOVIA PE 68, 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

Jo Senildo Lins de Souza
JOSENILDO LINS DE SOUZA
(VITIMA)

B.O. registrado por: OZIEL ANTONIO DE SOBRAL - Matrícula: 2731183



27/09/2018 16:26





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 042ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPOJUCA -
DP42ª CIRC DIM/10º DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 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)

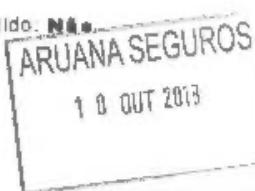
JOSEILDO LINS DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mae: MARIA ROSA DO NASCIMENTO Data de Nascimento: 7/6/1964 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **BAIRRO DE RUOPOLIS DE BAIXO, 104, RUA DA JAQUEIRA - CEP: 0**
- Bairro: **RUOPOLIS DE BAIXO - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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 E3** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEEB271 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**



27/09/2018 16:23

1 A 4 3



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 SEGUIDA PARA O HOSPITAL DOM HELDER NO CABO DE SANTO AGOSTINHO.

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

João Simeão Lins de Souza
JOÃO SIMEÃO LINS DE SOUZA
(VITIMA)

B.O. registrado por: OZIEL ANTONIO DE SOBRAL - Matrícula: 2731103



27/09/2018 16:23





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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

23/03/18

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 PÓSUM - RE, 01 de 10 de 18
Local e Data

José Nildo Lins de Souza
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ARUANA SEGUROS
10 OUT 2013

DAI 1.001 V001/2017





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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

JOSÉ NILDO LINS DE SOUZA

CPF da Vítima

449.788.206-72

Data do Acidente

23/03/18

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 PÓSUM - RE, 01 de 10 de 18
Local e Data

José Nildo Lins de Souza
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ARUANA SEGUROS
10 OUT 2013

DAI 1.001 V001/2017



Ortopedista - NEGA ALERGIAS



SECRETARIA DE SAÚDE DO IPOJUCA
FICHA DE ATENDIMENTO

(Signature)
ADEVO

Nº REGISTRO <u>9.864</u>	DATA E HORA DO NASCIMENTO <u>07/06/64</u>		EMERGÊNCIA DE ADULTOS E INFANTIL		
PACIENTE: <u>Rosenildo</u>	NASCIMENTO: <u>lins de Oliveira</u>		IDADE:	SEXO:	COR:
ESTADO CIVIL:	PROFISSÃO:	NATURALIDADE:		NACIONALIDADE:	
Nº DE IDENTIDADE	FILIAÇÃO	PAI <u>Maria</u>	MAE <u>Rosa do nascimento</u>	COMPLEMENTO	
ENDERECO: <u>R. baqueiro 104</u>	CIDADE: <u>Ipojuca</u>		UF: <u>PE</u>	TELEFONE:	
ORIENTAÇÃO:					
PROCEDÊNCIA:			MEIO DE TRANSPORTE:		
CONSULTA DE ENFERMAGEM Adriana Cordeiro DATA: <u>22/03/18</u> HORA: <u>9:00</u> ENFERMEIRO: COREN: <u>Enfermeira</u> COREN-PE 392.971					
SITUAÇÃO QUEIXA: DOR NO BRAÇO DIR + REGIÃO CERVICAL APÓS 1 PESSOARIA + 18hs, AO EXAME MAMO ÓBIA (+) EDÉMIA, BRAÇO DIR. MIO. LUMBAR JAVAS ESCORRÊOES PELO CORPO. ANTECEDENTES: <input type="checkbox"/> DIABETES <input checked="" type="checkbox"/> HIPERTENSÃO <input type="checkbox"/> CARDIOPATIAS <input type="checkbox"/> DOENÇA NEUROLOGICA <input type="checkbox"/> TABAGISMO <input type="checkbox"/> ALCOOLISMO/DROGAS <input checked="" type="checkbox"/> PNEUMOPATIAS <input type="checkbox"/> HEPATOPATIAS <input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL OUTROS:					
MEDICAÇÃO EM USO:					
PA: <input checked="" type="checkbox"/> mmHg	RHS: bpm	FC: bpm	FR: lpm	T: °C	
ECG: ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MÓTORA	DÉFICIÊNCIA MOTORA	PUPILAS	
SCORE	SCORE	SCORE	MSD <input type="checkbox"/> MID <input checked="" type="checkbox"/>	ISOCÓRICAS <input type="checkbox"/>	
DOR: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	SUDORESE: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	PALIDEZ		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
EXAME FÍSICO: <u>Transtornos pulmão</u> <u>↑ T</u> <u>↑ E</u> <u>Doença de dor</u>					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> ARUANA SEGUROS <u>10 OUT 2019</u> </div>					
DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM: <u>1 - Dor - 3M</u> <u>2 - Disfunção - 3M</u> <u>3 - Dolor - 3M</u>					

(Signature)
Dr. Carlos Seabra Filho
CRM-PE 20536
TEOT: 15142
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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 16:55:00
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111616550039600000069691528>
Número do documento: 20111616550039600000069691528

Num. 71080308 - Pág. 11



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco / CEP 50030-902
CNPJ 10.805.532/0001-08 / Insc. Est. 1003843-90 / www.caep.com.br

JOSÉ NILDO LINS DE SOUZA
PRÓX AD ABRIGO DOS ORIEUS

RUA DA JAGUARI 104

CPF 446 788 204-72

IPOLUÍCA
IPOLUÍCA
55530-000

BI RÉSIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofamiliar

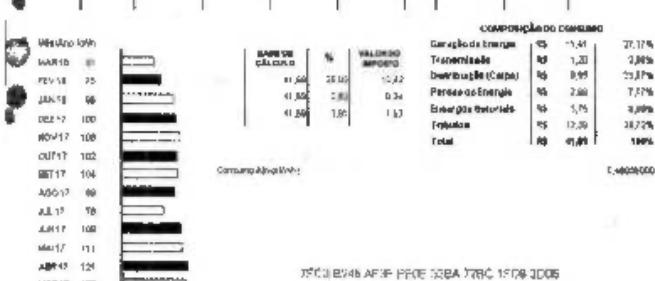
CONTA CONTRATO: 4012722597
DATA DE VENCIMENTO: 02/04/2018
TOTAL A PAGAR PRÉ: R\$ 18,00

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
009687486	06/18	14/03/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
13/03/2018	00000000000000000000000000000000	1305526

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Aéreo (V)	\$1.000000	1.000,00
Multa por atraso-NF 002104020 - 180118	1.93	1.93
Multa por atraso-NF 002104030 - 180118	1.47	1.47
Juros por atraso-NF 002104030 - 180118	0.82	0.82
Juros por atraso-NF 002104040 - 180118	1.10	1.10
Ajuste legal - DPM-NF 002104030 - 180118	0.08	0.08
Ajuste legal - DPM-NF 002104030 - 180118	0.76	0.76
Comissão de P.C. Mensal (V) B	1.18	1.18

TOTAL DA FATURA 18,00

NP DO MEDIDOR	TIPO/ZONA FUNCION	ANTERIOR		ATUAL		NP DE SALDO	CONSUMANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
		DATA	LITURA	DATA	LITURA				
61640500	FAT	17-08-2014	161270	18-03-2013	151600	30	1.00000		10.00



Na cioè da lista de autorizações de uso de veículos, pode informar-se em que sentido pode ser exercida a competência para que sejam realizadas as contratações realizadas ou autorizadas no âmbito das competências da Administração Pública, em que tipo de contratos, quais os seus efeitos, etc.

ATENÇÃO! CASO SE INFORMAR QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO,

[View all posts by admin](#) | [View all posts in category](#)

En name de red segun no. de cedula y nombre que se pide en el cuadro, que se le pide en la matricula se consigna en el cuadro de nombre de alumno en la parte de abajo.

CONSUMO	VALOR MÉDIO	MÉDIA MENSAL	LIMITE TOLERÂNCIA (%)	LIMITE MÍNIMO	TENSÃO MÍNIMA (V)		LIMITE DE VARIAÇÃO (%)
					MÍNIMO	MÁXIMO	
3,33	4,5%	11,80	±1,0%	22,68	22,0	23,2	-
5,00	1,0%	6,27	±0,2%	10,35	9,9	10,8	-
8,16	3,4%	0,63	±0,0%	2,00	1,92	2,08	-

CORSA CONTADORA - MÉTODO JIS DATA: 02/04/2018 TOTAL: 48,00

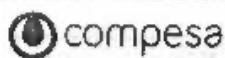


ABUANIA SEGUROS

10 OUT 2013



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 16:55:00
<https://pje.tjpe.jus.br:443/lg/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011161655003960000069691528>



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

ATENDIMENTO: RUA JOSE PLECH FERNANDES - NM. - 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 06 - 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	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE SOCORRIMENTO INDUSTRIAL PÚBLICA
HIDROMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (ANE)

A200033652 23/01/2018 22/01/2018 MÉDIA HD

ÁGUA:
LEIT ANI: 260 CONSUMO: 3
LEIT ATU: RECORRÊNCIA TAXA M
LEIT FAT: 270

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

01/2018	03	TURBIDEZ	NÚMERO DE AMOSTRAS			
			EXIG.	PONT.	ANALISES	ATENDEM
12/2017	06		74	74	74	A LEGIS
11/2017	04	COR APARENTE	74	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					

Qualidade de Água: www.compresa.com.br
OBJS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2)OS PARÂMETROS COFORMES 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

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

TRIBUTOS	VALOR TOTAL	VALOR DMO IMPORTE
IRIS CORINE 59,11 59,11	1,65 7,60	0,98 4,49

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

MENSAGEM:



ARUANA SEGUROS

10 OUT 2013





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 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 COAF².

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ROBERTO LUIS DA SILVA POLYNEZ FILHO inscrito (a) no CPF sob o Nº 108.580.994-138, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSEVILDO LINS DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 449.788.206-172, do sinistro de DPVAT cobertura ARUANA SEGUROS da Vítima JOSEVILDO LINS DE SOUZA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 449.788.206-172, 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 <u>CENTRO</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>54505-860</u>
Email _____	Telefone comercial(DDD) _____	Telefone celular (DDD) <u>(81)3011-3229</u>

CABO FR. PI de 10 de 18
Local e Data

Roberto Luis Polynze
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: PCE 5273

Chassi: 9C2KDO350CR 543853

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 - 3º OFÍCIO DE NOTAS DO CABO - PE
R. Armando Jorge Sales, n.º 104 B - Centro - Cabo de Santo Agostinho - PE CEP 54.510-480 - Tel: (81) 3252-1277

Reconheço a firma por autenticidade das 14/05/2018 10:15:50 PM
HELIO GALVÃO DA SILVA, fui fe.
Em testemunho _____ de verdade, Custas R\$ 3,00, I.M.D. R\$ 0,80
Tab./Esc.: _____ ISNR R\$ 0,80
Olga Luiza Campelo de Oliveira Total R\$ 4,80
Selo Digital N. 0074963.SK005201801.04739
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

ARUANA SEGUROS

10 OUT 2013



Ortopedista - NEGA ALERGIAS



SECRETARIA DE SAÚDE DO IPOJUCA
FICHA DE ATENDIMENTO

(Signature)
ADEVO

Nº REGISTRO <u>9.864</u>	DATA E HORA DO NASCIMENTO <u>07/06/64</u>		EMERGÊNCIA DE ADULTOS E INFANTIL		
PACIENTE: <u>Rosenildo</u>	NASCIMENTO: <u>19 de outubro</u>		IDADE:	SEXO:	COR:
ESTADO CIVIL:	PROFISSÃO:	NATURALIDADE:		NACIONALIDADE:	
Nº DE IDENTIDADE	FILIAÇÃO	PAI <u>Maria</u>	MAE <u>Rosa do nascimento</u>	COMPLEMENTO	
ENDERECO: <u>R. baqueiro 104</u>	CIDADE: <u>Ipojuca</u>		UF: <u>PE</u>	TELEFONE:	
ORIENTAÇÃO:					
PROCEDÊNCIA:			MEIO DE TRANSPORTE:		
CONSULTA DE ENFERMAGEM DATA: <u>22/03/18</u> HORA: <u>9:00</u> ENFERMEIRO: <u>Adriana Cordeiro</u> COREN: <u>Enfermeira</u> COREN-PE 392.971					
SITUAÇÃO QUEIXA: DOR NO BRAÇO DIR + REGIÃO CERVICAL APÓS 1 PESSOARIA + 18hs, AO EXAME MAMO ÓBIA (+) EDÉMIA, BRAÇO DIR. MIO. LUMBAR JAVAS ESCORRÊOES PELO CORPO. ANTECEDENTES: <input type="checkbox"/> DIABETES <input checked="" type="checkbox"/> HIPERTENSÃO <input type="checkbox"/> CARDIOPATIAS <input type="checkbox"/> DOENÇA NEUROLOGICA <input type="checkbox"/> TABAGISMO <input type="checkbox"/> ALCOOLISMO/DROGAS <input checked="" type="checkbox"/> PNEUMOPATIAS <input type="checkbox"/> HEPATOPATIAS <input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL OUTROS:					
MEDICAÇÃO EM USO:					
PA: <input checked="" type="checkbox"/> mmHg	RHS: bpm	FC: bpm	FR: lpm	T: °C	
ECG: ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MÓTORA	DÉFICIÊNCIA MÓTORA	PUPILAS	
SCORE	SCORE	SCORE	MSD <input type="checkbox"/> MID <input checked="" type="checkbox"/>	ISOCÓRICAS <input type="checkbox"/>	
DOR: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	SUDORESE: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	PALIDEZ		<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
EXAME FÍSICO: <u>Transtornos pulmão</u> <u>↑ TFE</u> <u>↑</u>					
<u>Dor no abdômen</u> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; float: right;"> ARUANA SEGUROS <u>10 OUT 2019</u> </div>					
DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM: <u>1 - Infecção - dor aguda I</u> <u>2 - Disfunção - dor aguda II</u> <u>3 - Dor - dor aguda III</u>					
<div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <i>Dr. Carlos Seabra Filho de Oliveira CRM-PE 20536 TEOT: 15142 Ortopedia Traumatologia</i> </div>					



ATENDIMENTO MÉDICO

História do Trauma:			
Perda de Consciência	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Episódio Epiléptico:	<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:	
Atropelamento:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Local do Impacto:	
Vítima de Ferimento	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tipo:	
Queimadura	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Por:	Sofreu Queda: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Altura: m
		Transporte realizado por:	

Condições de Imobilização Adequada: Sim Não Por Que:

EXAMES FÍSICOS:
Rx das mamas D?

Dr. 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"/> ENDOSCOPIA	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> ULTRASSONOGRAFIA <input type="checkbox"/> LCR

PREScriÇÃO MÉDICA: DATA: / / HORA: / /

Exame 1/ ADH mto 5/11/2011

INDICAÇÃO CIRÚRGICA: SIM NÃO

CLASSIFICAÇÃO RESERVA:

CONDICÃO DE ALTA

INTERNAMENTO CIRURGIA ÓBITO TERMO DE ALTA PEDIDO EVADIU-SE

TRANSFERIDO PARA:

INTERNADO NA CLÍNICA:

CURADO MELHORADO

INALTERADO PIORADO

ÓBITO

INFORMAÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL

CONFIRMAÇÃO DO NOME:

ASSISTENTE SOCIAL

CONFIRMAÇÃO DO ENDEREÇO:

PROVIDÊNCIAS: ALTA TRANSFERÊNCIA EXAME EXTERNO

ASSISTENTE SOCIAL

OBSERVAÇÕES:

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
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: 14861
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

Tosse seca e gotejante, febre
episódica, obre e calvado em
fase de alta, dia com, noite sem.

Exame Físico

Pele seca
acusa - Venustus percutit
glosso 15

Houve Diagnóstico

Laringite aguda Esse - Sintomas 0

Conduta Terapêutica

intensiva

Prescrição Médica

Dr. Luciano Gomes Jr.
Dr. Luciano Gomes Jr.

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE: _____
LEITO DO PACIENTE: _____

SEGUROS

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: 07/08/1964

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

Assunto: 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

Situações de Alta:

Diagnóstico:

Procedimento:

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

11 OUT 2018



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

Atendimento: 426257

JOSENILDO LINS DE SOUZA
SUS - INTERNACAO

Carteira:

LEITO 5

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 raízes
- ② Reparar + artrose
- ③ Aplicação dos fixadores
- ④ Realizar imobilização da articulação + fixação com os fios de titânio
- ⑤ Concluído

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

Jr. Leonardo Canéjo
Ortopedia - Traumatologia
CRM 13783 - FET 1115
HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA

ARUANA SEGUROS

10 OUT 2013





1. Identificação

Leito da SRPA: 04

Nome: João de Souza Sá data: 28/03/18 Hora: 18:55 Registro: 103630

Leito de origem:

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Tx Cr. trat. de lato total

Tipo de anestesia: Geral endovenosa

Equipe: Dra Fernanda Sá Anestesista: Dra Fernanda Teixeira

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.A.F.

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

Drenos: () 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	<u>156/96</u>	<u>155/90</u>	<u>152/92</u>	<u>148/85</u>	<u>150/79</u>	
FR	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	
FC	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>62</u>	<u>77</u>	<u>77</u>	
SaPO2	<u>98%</u>	<u>98%</u>	<u>97%</u>	<u>96%</u>	<u>96%</u>	
Glasgow	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	

5. Intercorrências/observações:

Pn

transf 100 - 500 ml Mame e mag

6. Alta da SRPA

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

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

Data: 03/04 Horário: 18h Responsável pelo encaminhamento: Dra Fernanda Sá

Alta da SRPA pelo médico: —

Dra Fernanda Sá
Anestesiologista
CRM: 15115
CPF: 043.143.864-10

ARUANA SEGUROS

10 OUT 2019

COD. 36398



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? *1 h*
- 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

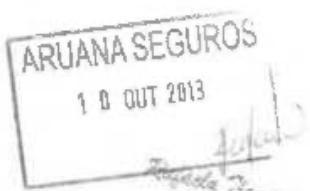
Exames de imagem estão disponíveis?

- Sim *RX*
- Não se aplica

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

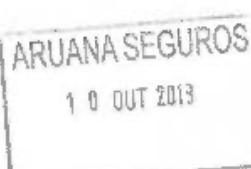
- Nome do procedimento realizado *HC - cirurg. Fract. radio distal*
- A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica) *Sim*
- Biópsias estão identificadas com o nome do paciente *N/A*
- Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido *Não*
- O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente *Sim*



**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
BLOCO CIRÚRGICO - SRPA**

Nome:	Registro:	Leito:
Procedimento cirúrgico:	Data:	Hora:
DIAGNÓSTICO	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 _____	
	<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 <input checked="" type="checkbox"/> Manter <input checked="" type="checkbox"/> Anotar oximetria de pulso <input type="checkbox"/> Outros _____	
	<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 uriniar <input type="checkbox"/> Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea <input type="checkbox"/> outros _____	
	<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 _____	
4. Dor () Local: () Leve () Moderada () Severa	<input checked="" type="checkbox"/> Descrever características da lesão <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo a cada <u>24/24</u> 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 _____	
	<input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo a cada <u>24/24</u> 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 _____	
	<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de _____ / _____ min <input type="checkbox"/> Manter elevado: _____ <input type="checkbox"/> Realizar curativo oclusivo <input type="checkbox"/> Outros _____	
	<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: _____	
5. Integridade tissular prejudicada ()		
6. Sangramento () Local: () Leve () Moderada () Severo		
7. Imobilidade no leito prejudicada ()		

COD. 36605



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 (X)	<input type="checkbox"/> Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização <input checked="" type="checkbox"/> Registrar e anotar sinais flogísticos Local: <i>anp</i> <input checked="" type="checkbox"/> Examinar F.O. e registrar alterações (✓ dor; ✓ Calor; ✓ Rubor; ✓ Edema.) <input type="checkbox"/> Outros <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 Henrique</i> Enfermeira COREN-PE 345.127	ENFERMEIRO(A) - D -	<i>Silvana M. Erico</i> Técnico Enfermagem COREN-PE 235185	<i>Luziana M. da Mota</i> Téc. de Enfermagem COREN-432065
ENFERMEIRO(A) - N -	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

Name: Agenor da Silva de Souza Data: 28/03/18 Registry: 703680
Convenio: SUS Letto: _____ Hora: 18:00

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. auxiliar: _____
Anestesista: Dr. manguim per Instrumentador: _____
Circulante: _____



GERÊNCIA DE ENFERMAGEM EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Jeronildo Lino da Silva Data: 28/10/2018 Hora: 18:00 Registro: 103680
 Convênio: SUS Letra: _____ Peso: _____ Altura: _____

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Vinícius Anestesista: Drº Mariano, Temporal
 Auxiliar: _____ 2º Auxiliar: _____ Instrumentador: _____

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Turbo Esco Rádio Início: 18:00 Término: 1
 Anestesia: Sedativo Início: 18:00 Término:

4 - PRE-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 () Pega Cirúrgica: Sim ()

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso ()	Monitor Cardíaco ()	PNI ()	Bomba CEC ()	Aspirador ()
Colchão Térmico ()	Blatuzi Ultrasônico ()	Artroscópio ()	Microscópio ()	Capnôgrafo ()
Bisturi Elétrico ()	Local de Placa _____			
Carrinho de Anestesia ()	Difusor ()	Intensificador ()		
Ap. Vídeo ()	Bomba de Infusão ()		Nº ()	
Oxigênio ()	Inicio _____ Término _____			
Protóxido ()	Inicio _____ Término _____			
Gás Carbônico ()	Inicio _____ 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 ()	<u>Lateral lunge</u>

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: _____	CIRURGIA: _____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

6 - OBSERVAÇÕES:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: Acordado ()	Narcótico ()	Entubado ()	Traqueostomizado ()
Encaminhado para: SRPA ()	S. Intensiva ()	LICOR ()	UTI () Aptº () Residência ()

Data: <u>28/10/2018</u>	Hora: _____	Enfermeira: <u>Rafaela</u>	Circulante: _____
-------------------------	-------------	----------------------------	-------------------

ARLAMAN SEGUROS

10 OUT 2018

CÓD. 38807



PACIENTE:	Josévaldo Lima		DATA:	RA/10310	
CIRURGIÃO:	Mº Vitor Lira	AUXILIAR:		RG: 103606	
ANESTESISTA:	Dº Michael	ANESTESIA:	Spinal		
CIRURGIA:	Tumorectomia	COORDENAÇÃO DO BLOCO:		Mauro	
ESTRUMENTADOR:	Eduardo	COREN:			
CIRCULANTE:	Paulo	HORARIO INICIAL:	18:00	HORARIO FINAL:	
ENFERMEIRA:	Ricard				

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	KERLUX	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	CONEXAO 2VIAS	CONEXAO 4VIAS
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GÁZES	GELFOAM
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSFOIX	TRANS. PRESSAO

Descrição Material Usado em Sala			
BRINOS			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCCAO 3,2	SUCCAO 4,8	SUCCAO 6,4
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 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 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 P/ OSSO	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	AÇO 1	AÇO 4	AÇO 6

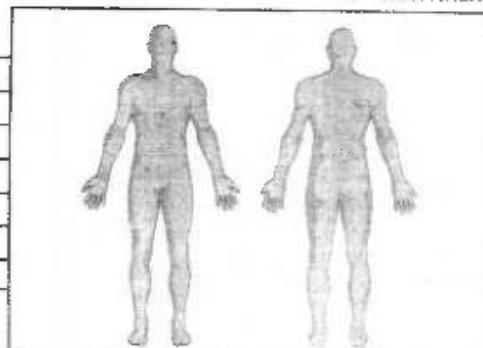
ARUANA SEGUROS
10 OUT 2013

CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

Data: 28/10/2020

Hora: 07:00

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
Nome: <i>Fernanda Lúcia da Costa</i>		
Data de Nascimento: <i>21/05/64</i>	Registro: <i>100000000000000000</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>20</i>	Qtd/dia:	<i>2 pacotes</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"/>)	LABORATÓRIAL: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	TAC s/ Contraste (<input type="checkbox"/>)	RNM (<input type="checkbox"/>)	CATE (<input type="checkbox"/>)	Observação:	
PARECER CARDIOLÓGICO:	SIM <input checked="" type="checkbox"/>		NÃO <input type="checkbox"/>	Risco Cirúrgico:	
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: <i>L</i>	LEITO:

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

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE					
JEJUM:	SIM <input checked="" type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	À partir do dia: <i>21/10/2020</i> as <i>00:00</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>Barreira no Fígado / 2019</i>			ARUANA SEGUROS	
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE:	SIM <input checked="" type="checkbox"/> Qualis/Datas: <i>reparo e laringe</i>			10 OUT 2019	
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:	SIM <input checked="" type="checkbox"/>	Observação: _____	LATERALIDADE: <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/>	Observação: _____
	NÃO <input type="checkbox"/>		DEMARCADA: <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	

Enfermeiro Responsável: _____

(Assinar e Carimbar)

COD: 3846



Evolução Clínica

Nome: Antônio Lino de Souza Registro: 103630

Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	Serviço Social
29/03/18	Realizou ato de socialização ao paciente, levando informações para manutenção do decoro e higiene. Orientações sobre direitos da cidadania, normas e rotinas da unidade.
29/03/18	HDR - Hospital Dom Helder Câmara Viviane Cristina A. Galdino Assistente Social CRESSPE 6619
29/03/18	# CAROICELO C.A. #
11h	Paciente _____ anos, seu casal desde que casaram, casal jovem, ambos com 25 anos. Casal jovem, ambos com 25 anos.
	Exame: ECG constatou legrado. PA = 140x80 F.C. 10 S.O.C. = 98% A.R. = 110 BPM sem alterações A.C.V. = 90% em 25 BPM
	ECG → ritmo sinusal, regular, seu alterações. Conclusão: Paciente agito p/ realização de procedimento cirúrgico com risco baixo.
	Dra Vanessa Alves Ergiologista CRM-PE 20.226
	LARUANA SEGUROU 10 OUT 2017
	estabilizado muito embolado 2m e 8cm obrigado presidente
	Cunha

Dr. Henrique Mendes de Oliveira
Ortopedia - Traumatologia
CRM 18568



Letto: _____ Entra/marca: _____ Scommesse: _____

REGISTRO: _____

EVO LUGA O-CLINICA





EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nombre: José Valdés Firma: Te Sosiga Registro: 103680

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

CARUANA SEGUROS

1 S OUT 7/11/9



18 OUT 2019
ARUANA SEGUROS



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 16:55:00
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111616550039600000069691528>
Número do documento: 20111616550039600000069691528

Num. 71080308 - Pág. 33



ARUANA SEGUROS
10 OUT 2013



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 16:55:00
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111616550039600000069691528>
Número do documento: 20111616550039600000069691528

Num. 71080308 - Pág. 34

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014203214358

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	426247396	*****	2018
NOME:			
HELIO GALVÃO DA SILVA			
IPOJUCA-PB			
CPF / CNPJ		PLACA	
044.711.084-50		PRES5271	
PLACA ANTO / UF		CHASSI	
*****/***** A/B		9C2KD0550CR543853	
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
PAS / MOTOCICLETA		ALCO/GÁSOL	
MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/XR150 BROS ES		2011	2012
CAP / POT / CL		CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/149c1		PARTIC	PRETA
COTA UNICA		VENCO COTA UNICA	VENCO / COTAS
I - IPVA 2018 QUITADO		1 ^a *****	1 ^a *****
P - PAX X IPVA		2 ^a *****	2 ^a *****
V - 1		3 ^a *****	3 ^a *****
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOP (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURADO PAGO		PREMIO TOTAL (R\$)	
OBSERVAÇÕES			
SRM RESERVA			
IPOJUCA		DATA	
Charles Andrade Sousa Ribeiro		17/03/18	
Diretor Presidente DETAN/PE			

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

PE Nº 014203214358 BILHETE DE SEGURO DPVAT

HELIO GALVÃO DA SILVA
55590-000

CASA - 42-A IPOJUCA-PB

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	CPF / CNPJ	PLACA
1	044.711.084-50	PRES5271
RENAVAM		MARCA / MODELO
426247396		HONDA/XR150 BROS ES
ANO PAR		CAT. DANE
2011		09
COTAS		NP CHASSI
9C2KD0550CR543853		

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOP (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
SEGURADO PAGO		
PAGAMENTO		
COTA UNICA	PARCELA UC	DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE: S. GUARDE O BILHETE DPVAT. ELA NÃO É DE PORTE OBRIGATÓRIO.

ARUANA SEGUROS
18 OUT 2013

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 16:55:00
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111616550039600000069691528>
Número do documento: 20111616550039600000069691528

Num. 71080308 - Pág. 35

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





Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSÉ NILDO GINS DE SOUZA
 DATA DO ACIDENTE 22/03/18 CPF DA VÍTIMA 449.788.206-72
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ROBERTO LUIS DA SILVA RODRIGUES FILHO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARÂNTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Avenida Getúlio Vargas
 N° 900 COMPLEMENTO BAIRRO CENTRO
 CIDADE Caruaru UF PE CEP 56.305.800
 E-MAIL TELEFONE (81) 3011-3208

MARQUE 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 ADETERMINTIVA
- 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 EN 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 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 (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÓRIO 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

- MORTE = R\$ 13.500,00
 INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 12.500,00. 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 FORMULARIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

ARUANA SEGUROS

DATA 10 OUT 2019NOME José Nildo

ASSINATURA _____



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 16:55:00

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111616550039600000069691528>

Número do documento: 20111616550039600000069691528

Num. 71080308 - Pág. 37

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: José Nilso Lins de Souza
Id: 2.816.743 CPF: 449.788.204-72
End: Rua da Jardim, nº 107, Rio das Ostras, RJ

Outorgado: Roberto 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 Nilso Lins de Souza.

Cabo, 14 de maio de 2018

[Assinatura]

Roberto Lins da Silva

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO MÁRCIO MENDES - 3.º OFÍCIO DE NOTAS DO CABO - PE
R. Armando Jorge Sales, nº 104-B - Centro - Cabo de São Lucas - PE - CEP: 54.310-480 - TEL: (81) 3521-6621

Reconheço a firma por autenticidade em 14/05/2018 10:00:51.
JOSÉ NILDO LINS DE SOUZA dou fé.

Em testemunho: Olga Lanza de Oliveira Total R\$ 3,00

Tab./Esc.: Olga Lanza de Oliveira Total R\$ 3,00

Selo Digital H. 007496 Data 14/05/2018 10:04:33

Consulte autenticidade em [www.pje.jus.br/seledigital](http://pje.jus.br/seledigital)

ARUANA SEGUROS

10 OUT 2013



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 médica-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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 16:55:00
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111616550039600000069691528>
Número do documento: 20111616550039600000069691528

Num. 71080308 - Pág. 39