



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
71080308	16/11/2020 16:55	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)

Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSENILDO LINS DE SOUZA

Nº Sinistro: 3180476756

Vítima: JOSENILDO LINS DE SOUZA

Data do Acidente: 22/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROBERTO LUIS DA SILVA RODRIGUES FILHO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

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

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13479796

Pag. 00667/00668 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020334





**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 221 111 (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 <b>JOSENILDO LINS DE SOUZA</b>	CPF titular da conta <b>449.788.204-72</b>	Profissão <b>PCOSOU</b>
Endereço <b>RUA DA JAQUEIRA</b>	Número <b>109</b>	Complemento <b>2A</b>
Bairro <b>IPÓJUCA</b>	Cidade <b>IPÓJUCA</b>	Estado <b>PE</b>
CEP <b>55590-000</b>	Telefone (DDD) <b>(01) 30113224</b>	

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"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção: BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (04)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
AGÊNCIA Nº <b>0569</b> (Informar dígito se existir)	CONTA Nº <b>102104</b> (Informar dígito se existir)	AGÊNCIA Nº <b>0569</b> (Informar dígito se existir)	CONTA Nº <b>102104</b> (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.

IPÓJUCA PE de 10 de 10  
Local e Data

JOSENILDO LINS DE SOUZA  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



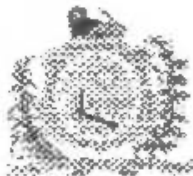
FAPEF 001 V001/2017





Scanned with CamScanner





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0132001574**

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

Complementa o BO Número: **18E0132001573**

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

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

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

**DESCONHECIDO (AUTOR VAGANTE)**  
**JOSENILDO LINS DE SOUZA (VÍTIMA)**

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

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



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

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

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

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

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

27/09/2018 16:26



Placa: **PEE5271** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

### Complemento / Observação

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

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

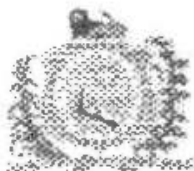
*+ Josenildo Lins de Souza*  
**JOSENILDO LINS DE SOUZA**  
(VITIMA)

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



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 -  
DP42ªCIRC DIM/10ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0132001573**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 125 BRO3 E3** Objeto apreendido: **NÃO**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEE5271 (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 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**

*Joseildo Lins de Souza*  
**JOSEILDO LINS DE SOUZA**  
**(VITIMA)**

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



27/09/2018 16:23





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 interdita 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

JOSEWILDO 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

E-mail

Telefone (DDD)

(01) 3011-3224

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

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

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

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

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

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

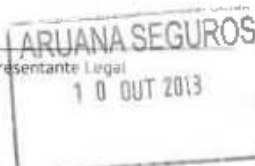
1 Porum - R. 01 de 10 de 18

Local e Data

Josewildo Lins de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DAI 1.001 V001/2017

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 interdita 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 JOSEWILDO 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) 3011-3224

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

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

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

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

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

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

1 Posum - Re. 01 de 10 de 18  
Local e Data

Josewildo Lins de Souza  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

ARUANA SEGUROS  
10 OUT 2013  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAI 1.001 V001/2017

SECRETARIA DE SAÚDE DO IPOJUCA  
FICHA DE ATENDIMENTO

~~DES-50~~

Nº REGISTRO 9.854		DATA E HORA DO NASCIMENTO 07/06/64.		EMERGÊNCIA DE ADULTOS E INFANTIL	
PACIENTE: <i>Josemildo Lima de</i>		NASCIMENTO: <i>07/06/64</i>		IDADE:	SEXO:
ESTADO CIVIL:		PROFISSÃO:		NACIONALIDADE:	
Nº DE IDENTIDADE		PAI		MÃE	
FILIAÇÃO		MÃE		COMPLEMENTO	
ENDEREÇO: <i>R. = baquero n.º 104.</i>		CIDADE: <i>Itapicoba</i>		UF: <i>PR</i>	TELEFONE:
BAIRRO: <i>Parque</i>		CIDADE: <i>Itapicoba</i>		UF: <i>PR</i>	TELEFONE:
ORIENTAÇÃO:					
PROCEDÊNCIA:				MEIO DE TRANSPORTE:	

## CONSULTA DE ENFERMAGEM

Adriana Cordeiro

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

SITUAÇÃO QUEIXA: DOR NO BRAÇO D.R. + REGIÃO CERVICAL APÓS 18hs, AO EXAME MÃO D.R. (+) EDEMA, BRAÇO D.R. MOO. LIMI  
VARIAS ESCORROES PELO CORPO.

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

MEDICACÃO EM USO:

PA:	X	mmHg	RHS:	bpm	FC:	bpm	FR:	lpm	T:	°C
-----	---	------	------	-----	-----	-----	-----	-----	----	----

ECG: ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	DÉFICIÊNCIAMOTORA MSD <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	PUPILAS ISOCÓRICAS <input type="checkbox"/> ANISOCÓRICA <input type="checkbox"/>
ESCORE	ESCORE	ESCORE		

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

EXAME FÍSICO: Trauma em pulso D  $\oplus$  TNE  $\ominus$   
Do  $\oplus$  edema

ARUANA SEGUROS  
10 OUT 2019

DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM:

$e_1 = -R_x$

- Refused - as any IM
- Discontinue - as any IM
- Dispute - as any IM

Dr. Carlos Frederico W. de Micaletti W.  
CRM-PE: 20558  
TEOT: 15742  
Ortopedia / Traumatologia



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001      AGÊNCIA: 1769-8      CONTA: 000000611000-2

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: JOSENILDO LINS DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00559

CONTA: 000000102101-1

---

---

Nr. da Autenticação A9B77EE99D1FE9C7





Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.382/0001-08, Insc. Est. 3035943-03 | www.celpe.com.br

JOSENILDO LINS DE SOUZA  
PRÓXIMO ABRIGO DOS CRIBIUS

RUA DA JAQUEIRA 104

CPF 449.788.304-72

IPOLUCIA VILPOJUCA  
IPOLUCIA PE  
55690-000

BI RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
MORADIA

CONTA CONTRATADA	PERÍODO
4012722597	03/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRECATORIA (Prazo de entrega)
02/04/2018	18/04/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	48,00

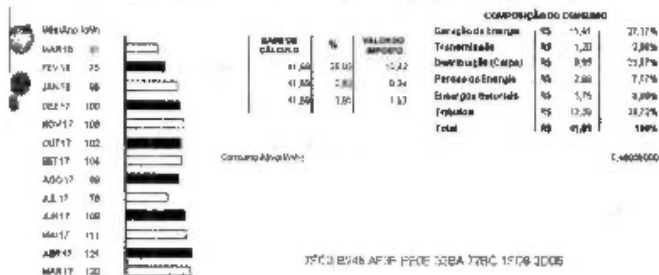
Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
00667488	UNICA	18/03/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
1303/2018	300288408	1385536

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	91,000000	0,93750000	41,68
Multa por atraso NF 002104030 - 18/03/18			1,33
Multa por atraso NF 002106294 - 20/12/17			1,47
Juros por atraso NF 002104030 - 18/03/18			0,82
Juros por atraso NF 002106294 - 20/12/17			1,10
Atualização GPM NF 002104030 - 18/03/18			0,08
Atualização GPM NF 002106294 - 20/12/17			0,78
Compensação F-C Mensal 03/18			-1,28

TOTAL DA FATURA

48,00

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE CONSTATANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
6148335	FAT	17-09-2017 1612188	18-03-2018 1516100	30	1,0000	61,00



Não há mais alteração em vigor de Votado. Para informações, consulte o site da Celpe. O cliente é responsável por manter a conta em dia e não se responsabiliza por eventuais atrasos no pagamento. Pagos em até 10 dias após o vencimento, sem juros. Para mais informações, consulte o site da Celpe. O cliente é responsável por manter a conta em dia e não se responsabiliza por eventuais atrasos no pagamento. Pagos em até 10 dias após o vencimento, sem juros. Para mais informações, consulte o site da Celpe.

#### ATENÇÃO! CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

CONTA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR
300288408	1803/2018	48,00	1803/2018	48,00	1803/2018

Em caso de não pagamento do boleto, a contagem de energia poderá ser suspensa, sem prejuízo para o cliente. Este comunicado não substitui o envio de ações administrativas nem como não recebimento de notificação. Para mais informações, consulte o site da Celpe.

Para obter acesso ao site, o cliente deve acessar o site da Celpe. O cliente é responsável por manter a conta em dia e não se responsabiliza por eventuais atrasos no pagamento. Pagos em até 10 dias após o vencimento, sem juros. Para mais informações, consulte o site da Celpe.

CONSUMO	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR
300288408	1803/2018	48,00	1803/2018	48,00	1803/2018

Limite DIAR 12,22 15,00 Valor de carga de 11,00 e de 15,00

CONTA CONTRATADA: 4012722597 DATA: 02/04/2018 TOTAL A PAGAR (R\$): 48,00



ARUANA SEGUROS

10 OUT 2018



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

ATENDIMENTO: RUA JOSE PLECH FERNANDES - N.º 00124 - CENTR  
O CABO DE SANTO AGOSTINHO PE 54500-390

DADOS DO CLIENTE MATRICULA: 4360230 Fev/2018  
MARCOS LEITE DE ANDRADE JUNIOR  
AV PRES. GETULIO VARGAS, N.º 00900 - LOTE 06 - CENTRO CABO DE SA  
NTO AGOSTINHO PE 54500-390  
INSCRIÇÃO: 029.225.105.0175.008 GRUPO: 1 DEB. AUTOMÁTICO: 004360230

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	QUANTIDADE DE COECORIAS RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA	TIPO DE CONSUMO (VE)
		1	
HIDRÔMETRO A100033652	DATA LEIT. ANTERIOR 23/01/2018	DATA LEIT. ATUAL 22/02/2018	MÉDIA HD

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

#### HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA CONSUMO

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2 014/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS
01/2018 03			
12/2017 06			
11/2017 04	TURBIDEZ 74	74	74
10/2017 04	COR APARENTE 74	74	62
09/2017 02	CORO RESIDUAL 74	74	74
08/2017 01	COLIF. TOTAIS 74	74	73
	E. COLI 74	74	74

MÉDIA: 03 Qualidade de Água: www.compesa.com.br

QBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES 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 DÉBITOS PARCELA 01/05		159,00
MULTA P/IMPONTUALIDADE 01/2018		1,18
JUROS DE MORA 10/2017 11/2017		1,80
DESCONTO ANTIGUIDADE 01/2018		47,46

TRIBUTOS	VALOR DO DÉBITO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPONTO
PS	59,11	1,65	0,98
CS	59,11	7,60	4,49

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

MENSAGEM:



32300000014 73650018029-8

VENCIMENTO: 05/03/2018



ATENDIMENTO: 0800-0810185  
W2AMENTOS: 0800-0810185

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 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ROBERTO LUIS DA SILVA PEREIRA FILHO inscrito (a) no CPF sob o Nº 108.580.996-138 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSEILDO LINS DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 449.788.209-172 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSEILDO LINS DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 449.788.209-172 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso Informar

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

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

Endereço <u>AV. PRESIDENTE GETULIO VARGAS</u>		Número <u>900</u>	Complemento
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>CABO</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>54505-860</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(81) 3011-3224</u>

CAPO-PE, 01 de 10 de 18  
Local e Data

Roberto Luis da Silva Pereira Filho  
Assinatura do Declarante

**ARUANA SEGUROS**  
10 OUT 2018

DLDR1.001 V001/2017



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, HELIO GALVÃO DA SILVA,  
CNH  
RG nº 05708000418, data de expedição 20/09/17,  
Órgão Detran-PE, portador do CPF nº 044.711.084 - 50, com  
domicílio na cidade de IPOJUCA, no Estado de  
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
ROD. PE-60, KM-16,, nº 16,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima JOSENILDO LINS DE SOUZA cujo o condutor era  
JOSENILDO LINS DE SOUZA.

Veículo: Motocicleta  
Modelo: HONDA/NXR 150 BROS ES  
Ano: 2011/2012  
Placa: PEE 5271  
Chassi: 9C2K20350CR543053  
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-  
Reconfiro a firma por autenticidade de: 14/05/2018 10h15:50  
HELIO GALVÃO DA SILVA, ou fe.  
Em testemunho da verdade, Dadas R\$ 3,00  
Tab./Esc.: \_\_\_\_\_ ISNR R\$ 80  
Olga Luiza Campelo de Oliveira total R\$ 3,79  
Selo Digital N. 0074963.SK005201801.04739  
Consulte autenticidade em [www.tipe.jus.br/selodigital](http://www.tipe.jus.br/selodigital)

ARUANA SEGUROS  
10 OUT 2018





Ortopedista - NEGA ALÉRGICAS



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: <b>JOSEMILO LINS DE OLIVEIRA</b>	NASCIMENTO: <b>07/06/64</b>	IDADE: SEXO: COR:
ESTADO CIVIL:	PROFISSÃO:	NACIONALIDADE:
Nº DE IDENTIDADE	FILIAÇÃO	PAI MÃE <b>WANDA ROSA DE NASCIMENTO</b>
ENDEREÇO: <b>R. B. QUEIROZ N.º 104</b>	COMPLEMENTO	
BAIRRO: <b>URUPETES</b>	CIDADE: <b>IPÓJUCA</b>	UF: <b>PE</b> TELEFONE:
ORIENTAÇÃO:		
PROCEDÊNCIA: MEIO DE TRANSPORTE:		

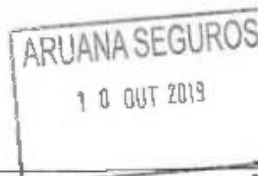
CONSULTA DE ENFERMAGEM

Adriana Cordeiro

DATA: <b>22/03/19</b>	HORA: <b>9:00</b>	ENFERMEIRO:	COREN: <b>Enfermeira</b> <b>COREN-PE 392.971</b>
SITUAÇÃO QUEIXA: <b>DOR NO BARRIGO DIA 7 REGIÃO CERVICAL APÓS TATONIA ± 18hs, AO EXAME MÃO DIA (+) EDEMA, BARRIGO DIA. MOO. LIMI. VÁRIAS ESCORÇÕES PELO CORPO.</b>			
ANTECEDENTES: <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO <input type="checkbox"/> CARDIOPATIAS <input type="checkbox"/> DOENÇA NEUROLÓGICA <input type="checkbox"/> TABAGISMO <input type="checkbox"/> ALCOOLISMO/DROGAS <input type="checkbox"/> PNEUMOPATIAS <input type="checkbox"/> HEPATOPATIAS <input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL OUTROS:			
MEDICAÇÃO EM USO:			

PA: <b>X</b> mmHg	RHS: bpm	FC: bpm	FR: lpm	T: °C
ECG: ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	DEFICIÊNCIA MOTORA MSD <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	PUPILAS ISOCÓRICAS <input type="checkbox"/> ANISOCÓRICA <input type="checkbox"/>
ESCORE	ESCORE	ESCORE		
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: **Tram em pul D @ T2 E**  
**Da @ alme**



DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM:

**91 - Rx**  
**- Infund - 03 ang IM**  
**- Dexamet - 03 ang IM**  
**- Dexamet - 03 ang IM**

**Dr. Carlos Frederico W. de Menezes**  
**CRM-PE 20356**  
**TEOT: 15742**  
**Ortopedia e Traumatologia**



# ATENDIMENTO MÉDICO

## História do Trauma:

Perda de Consciência: ☐ Sim ☐ Não      Episódio Emético: ☐ Sim ☐ Não      Acidente de Trabalho: ☐ Sim ☐ Não  
 Acidente de Trabalho: ☐ Sim ☐ Não      Tipo: \_\_\_\_\_  
 Colisão: ☐ Sim ☐ Não      Tipo: \_\_\_\_\_      Motorista: ☐      Passageiro: ☐  
 Atropelamento: ☐ Sim ☐ Não      Local do Impacto: \_\_\_\_\_  
 Vítima de Ferimento: ☐ Sim ☐ Não      Tipo: \_\_\_\_\_      Sofreu Queda: ☐ Não ☐ Sim      Altura: \_\_\_\_\_ m

Queimadura: ☐ Sim ☐ Não      Por: \_\_\_\_\_      Transporte realizado por: \_\_\_\_\_

Condições de Imobilização Adequada: ☐ Sim ☐ Não      Por Que: \_\_\_\_\_

EXAMES FÍSICOS: *Rx lumbosacral D?*

*CD = T de lumb D*

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

EXAMES SOLICITADOS: LABORATORIAIS:

## DIAGNOSTICO:

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA: DATA: *08/11/2020* HORA: *15h 53m 33s*

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

INDICAÇÃO CIRÚRGICA: ☐ SIM ☐ NÃO      CLASSIFICAÇÃO RESERVA: ☐

## DEFINIÇÃO DO CASO

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

TRANSFERIDO PARA: \_\_\_\_\_

INTERNADO NA CLÍNICA: \_\_\_\_\_

## INFORMAÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL

CONFIRMAÇÃO DO NOME: \_\_\_\_\_

CONFIRMAÇÃO DO ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

PROVIDÊNCIAS: ALTA ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ EXAME EXTERNO ☐

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

## CONDIÇÃO DE ALTA

☐ CURADO      ☐ MELHORADO  
☐ INALTERADO      ☐ PIORADO  
☐ ÓBITO

ASSISTENTE SOCIAL

ASSISTENTE SOCIAL

## AUTORIZAÇÃO PARA ALTA/INTERNAMENTO/TRANSFERÊNCIA:

ENFERMEIRA: \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_ MÉDICO: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

## TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA INTERNAMENTO:

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

Data: \_\_\_\_\_ Nome completo: \_\_\_\_\_  
 Nº da Identidade: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO:

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

Data: \_\_\_\_\_ Nome completo: \_\_\_\_\_  
 Nº da Identidade: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_





# HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 426249

Senha da Classificação:

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

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: RUA JAQUEIRA

104

Bairro: SUAPE

Cidade/UF: IPOJUCA

PE

Usuário Atendimento: LAZARONI

RG (Identidade): 2816743

SDS PE

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 44978820472

Fone: 87095717

Cartão SUS: 700003214261201

Data de Emissão CRN:

## RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

### Queixa Principal

Paciente vítima de queda de altura  
apresenta dor e edema no  
tórax e abdômen, com  
hematoma no tórax.

### Exame Físico

- Dor e edema  
no tórax - Verificar  
glândulas

### Pré-Diagnóstico

Lesão ligamentar Escápula - Síndrome V  
Tórax - Edema

### Conduta Terapêutica

internar

### Prescrição Médica

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:

SEGUROS



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 426257

Data e Hora do Atendimento: 22/03/2018 13:28

Usuário do Atendimento: ALESSANDRASS

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: JOSENILDO LINS DE SOUZA

Prontuário: 103680

Nome da Mãe: MARIA ROSA DO NASCIMENTO

Nome do Pai: JOSE AMARO DE SOUZA

Data do Nascimento: 07/08/1964

Idade: 53 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG: 2816743

SDS PE Data Emissão:

CPF: 44978820472

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: FUNDAMENTAL 1A A 4A INCOMPLETO

Carteira Nacional SUS: 700003214261201

Ocupação Habitual: OUTROS

Endereço: RUAJAQUEIRA

104 SUAPE

Cidade: IPOJUCA

PE CEP: 55590000

Fone: 87095717

DADOS DO ATENDIMENTO

Local: PM IPOJUCA

Médico: IACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 12

09 APR 2018

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 22/03/2018

Assinatura e R.G. do Responsável:

SUMÁRIO DE ALTA

Indicações de Alta:

Diagnóstico: JOSENILDO LINS DE SOUZA (supra) Fratura de rádio distal

Procedimento: Fixação

Alta em: 27/03/18 Hora: Dr. Eduardo B. Oliveira

Médico e C.R.M.: (MÉDICO)

Responsável pela retirada do paciente - Nome: CRM: 21687

Assinatura e R.G.:

HdC-Hospital Dom Helder Câmara  
Moacir de Souza  
Assinatura  
SANE/Internamento

09/04/18

ARUANA SEGUROS

10 OUT 2013



# FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

28/03/18 Emerg

Paciente JOSELINE LINS DE SOUZA Sexo F Cor P Idade 53 Anos Risco

CRM Nome do Anestesiista Nome do Cirurgião

Medicação Pré-anestésica Urgência ☒ NÃO ☐ SIM

Cirurgia TRATAMENTO QUIRÚRGICO DO FÚRCULO DO TÓRAX DESTA DOENÇA

PRE-ANESTESIA

Horário 18:00 19:00

N.O. 2

Líquidos

ETCO2 38.8

ECG 38.8

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

Anotações

Drogas Usadas

Quantidade

Vito 50mg

propofol 150mg

curarel 100mg

siguina 2.0g

Técnica Anestésica Geral L. G. G.

Ventosa.

O2 40% misturada com RT5

Monitorização

Encaminhado

Intercorrência: ☒ NÃO ☐ SIM

Descrever:

Observações: NEGA Alergias

NEGA comorbidades

Assinatura do Anestesiista





### Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 35618 Sala : 0009 TEMPORARIA 04  
Paciente : 103680 JOSENILDO LINS DE SOUZA Atendimento : 426257  
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :  
Leito : 638 LEITO 5 Idade : 53 Anos  
Dt. Inicio : 28/03/2018 18:10 Dt. Fim : 28/03/2018 18:40

Cid Pré-Operatório :

Cid Pós-Operatório :

### Procedimentos

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

### Equipe Médica

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

### Descrição

#### Descrição Cirúrgica :

#### Achados Cirúrgicos:

#### Descrição Complementar

- ① Triunfo em decúbito dorsal sem anestesia
- ② Assépsia + Antiseptia
- ③ Lavagem dos campos
- ④ Fratura incompleta da ulna +  
fixação com 02 fios de Pt no 2
- ⑤ Curativo

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

Dr. Leonardo Canejo  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 13783 - RCO 1115

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA

ARUANA SEGUROS  
10 OUT 2018





HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO  
IMIP  
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: 04

Nome: Marcelo Lima de Souza Junior data: 28/03/18 Hora: 18:55 Registro: 103630  
Leito de origem: \_\_\_\_\_

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Trat. de Lado Distal  
Tipo de anestesia: Gen. Endotracheal  
Equipe: Dr. Leonardo Camp Anestesista: Dr. Jansen

3. Admissão

Estado geral: ( ) Bom (x) Regular ( ) Torporoso ( ) Grave°  
Respiração: (x) Espontânea ( ) Assistida não invasiva ( ) Entubado ( ) Traqueostomizado  
Sonda: ( ) SVD ( ) SNG ( ) SNE  
Acesso Venoso Periférico: ( ) Não (x) Sim Onde: M.C.  
Acesso Venoso Central: (x) 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>143/80</u>	<u>149/75</u>	<u>150/79</u>	
FR	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	
FC	<u>76</u>	<u>70</u>	<u>62</u>	<u>77</u>	<u>76</u>	
SaPO2	<u>94%</u>	<u>95%</u>	<u>97%</u>	<u>96%</u>	<u>96%</u>	
Glasgow	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	

5. Intercorrências/observações:

Transtorno da memória - 50%

6. Alta da SRPA

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

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

Data: 30/03/18 Horário: 12h Responsável pelo encaminhamento: Dr. Jansen

Alta da SRPA pelo médico: \_\_\_\_\_

Dr. Jansen  
Médico Anestesiologista  
CRM 15115  
CPF: 043.143.864-10

ARUANA SEGUROS  
10 OUT 2018

COD. 36598



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

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

### CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

#### FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 103680  
Nome: JOSENILDO LINS DE SOUZA  
Mãe: MARIA ROSA DO NASCIMENTO  
End.: RUA JAQUEIRA  
Enferm.: LEITO 12

Atendimento: 426257

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? *± Ah*

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

- ☐ 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 *HA. cirurg. Fnat. 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 *NAO*
- ☐ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente *Sim*



ARJANA SEGUROS

10 OUT 2013

Enfermeira  
COREN-PE 345.127





 <b>HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA</b>		<b>SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA</b> <b>BLOCO CIRÚRGICO - SRPA</b>		 <b>GESTÃO IMIP HOSPITALAR</b>	
Nome: <u>Serenilda Fátima de Souza</u>		Registro: <u>103600</u>		Leito: _____	
Procedimento cirúrgico: <u>POT HO. Plun. Frot. Nódio</u>		Data: <u>28/03/16</u>		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			
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 <input checked="" type="checkbox"/> Manter <input checked="" type="checkbox"/> 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			
5. Integridade tissular prejudicada (X)		<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			
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: _____			

CÓD. 38605

ARUANA SEGUROS

10 OUT 2013



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

G - Sonda Nasogástrica

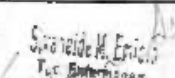

PA - Pressão Arterial

FC: Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso Enteral

HGT - Hemoglicoteste

AVP - Acesso Venoso Periférico

 Rafaela Henriques Enfermeira COREN-PE 349.127 <b>ENFERMEIRO(A) - D -</b>	<b>ENFERMEIRO(A) - N -</b>	 Soraide M. Eneida Téc. Enfermagem COREN-PE 285185 <b>TÉC. EM ENFERMAGEM - D -</b>	 Luciana M. de Moura Téc. de Enfermagem COREN-PE 432065 <b>TÉC. EM ENFERMAGEM - N -</b>
--	----------------------------	---	--

ASSINATURA E CARIMBO

ASSINATURA E CARIMBO



**IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL**

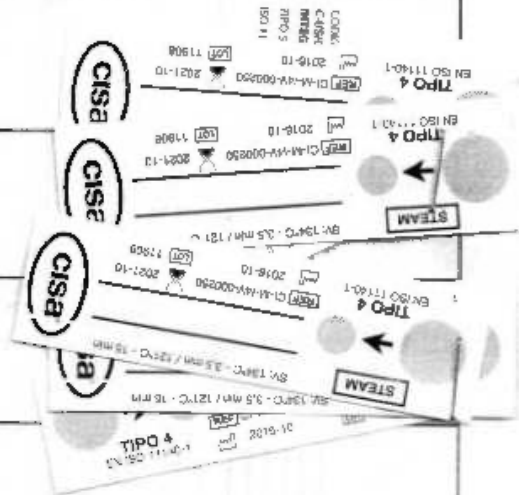
**1. Identificação**

Nome: Armando Luis da Silva Data: 28/03/18 Registro: 165.680  
Convênio: SUS Letto: 1 Hora: 18:00

**2. Equipe médica:**

Cirurgião: Dr. Manoel Timoteu 1ª auxiliar: Dr. Guel  
Anestesista: Dr. Manoel Timoteu Instrumentador: Dr. Guel  
Circulante: Edilson

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADO
- Lap 17	HDH-CME-MSSE 25.03.18 01	
- Lap 17	HDH-CME-MSSE 04.04.18 1758	
- BSC mesa estéril	HDH-CME-MSSE 27.03.18 01	
- Fio 1,5	HDH-CME-MSSE 03.04.18 1754	
- Riolordinho	HDH-CME-MSSE 26.03.18 02	
	HDH-CME-MSSE 02.04.18 2042	
	HDH-CME-MSSE 25.03.18 02	
	HDH-CME-MSSE 05.03.18 07	
	HDH-CME-MSSE 26.03.18 01	
	HDH-CME-MSSE 04.04.18 1758	



MOTOR BATERIA 13553  
FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO FERNA  
CME  
LOTE: 232252  
PLASMA  
EST: 27/03/2018  
VAL: 27/03/2019  
CAMILA FIGUEIRÊDO COREN/PE 148616  
WWW.FHRRAPSTER.COM.BR

**ARUANA SEGUROS**  
10 OUT 2013



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

**1 - IDENTIFICAÇÃO:**

Nome: Jenildo Luis de Saia Data: 28/03/18 Hora: 18:00 Registro: 703680  
Convênio: SUS Lento:      Ps.:      Altura:     

**2 - EQUIPE MÉDICA:**

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

**3 - DADOS DA CIRURGIA:**

Cirurgia: Procedimento Bariátrico Início: 18:00 Término: 1  
Anestesia: Sedação Início: 18:00 Término:     

**4 - PRÉ-OPERATÓRIO:**

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

**5 - TRANS-OPERATÓRIO:**

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

**5.1 - EQUIPAMENTOS:**

Oxímetro de Pulso ( ☒ ) Monitor Cardíaco ( ☒ ) PNI ( ☒ ) Bomba CEC ( ) Aspirador ( )  
Colchão Térmico ( ) Bisturi Ultrassônico ( ) Artoscópio ( ) Microscópio ( )  
Bisturi Elétrico ( ) Local de Placa ( ) Intensificador ( )  
Carro de Anestesia ( ☒ ) Difusor ( ) Bomba de Infusão ( ) Nº ( )  
Ap. Vídeo ( )  
Oxigênio ( ) Início      Término       
Protóxido ( ) Início      Término       
Gás Carbônico ( ) Início      Término       
Outros:     

**5.1 - PROCEDIMENTOS:**

Cânula Orotraqueal: Sim ( ) Não ( ) Punção Venosa: Sim ( ) Não ( )  
Sonda Vesical de Demora: Sim ( ) Não ( ) Sonda Gástrica: Sim ( ) Não ( )  
Drenagem (Tipo e Local): Sim ( ) Não ( )  
Curativo (Tipo e Local): Sim ( ☒ ) Não ( ) Local úmido

**5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:**

ANESTESIA:      CIRURGIA:       
      
      
    

**6 - OBSERVAÇÕES:**

**7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO**

Paciente: Acordado ( ☒ ) Náusea ( ) Entubado ( ) Traqueostomizado ( )  
Encaminhado para: SRPA ( ☒ ) S. Intensiva ( ) LICOR ( ) UTI ( ) Apr ( ) Residência ( )

Data: 28/03/18 Hora:      Enfermeira: Rafael Circulante:     

**ARIANA SEGUROS**  
10 OUT 2018  
CÓD. 38807



MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

PACIENTE:	JOSÉ LUIZ LIMA			DATA:	28/10/2013
CIRURGIÃO:	DR. J. J. J.			RG:	103608
ANESTESISTA:	DR. M. M.			ANESTESIA:	gaseosa
CIRURGIÃO:	F. F. F.			COORDENAÇÃO DO BLOCO:	M. M.
ESTRUMENTADOR:	B. B.			COREN:	
CIRCULANTE:	R. R.			HORARIO INICIAL:	18:00
ENFERMEIRA:	R. R.			HORARIO FINAL:	

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

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
DRENOS			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 16	SUCÇÃO 3,2	SUCÇÃO 4,8	SUCÇÃO 6,4
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36
SONDAS			
ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ. 2,0	ENDOTRAQ. 2,5	ENDOTRAQ. 3,0
ENDOTRAQ. 3,5	ENDOTRAQ. 4,0	ENDOTRAQ. 4,5	ENDOTRAQ. 5,0
ENDOTRAQ. 5,5	ENDOTRAQ. 6,0	ENDOTRAQ. 6,5	ENDOTRAQ. 7,0
ENDOTRAQ. 7,5	ENDOTRAQ. 8,0	ENDOTRAQ. 8,5	ENDOTRAQ. 9,0
FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
FOLEY 2VIAS 06	FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12
FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20
NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 16
NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4
URETRAL 8	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 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 2
PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	CERA P/OSSO	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	ACO 1	ACO 4	ACO 6

ARUANA SEGUROS  
10 OUT 2013



HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA

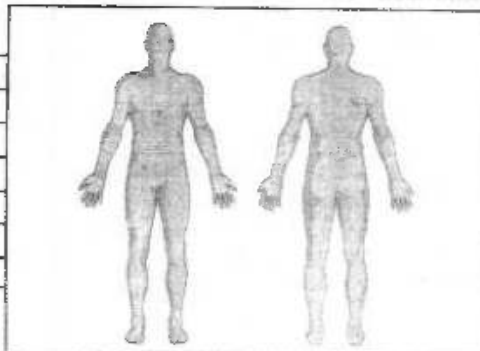
Data: 28/09/19

## CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

Hora: 17:00

GESTÃO  
IMIP  
HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome:	José da Silva
Data de Nascimento:	10/06/64
Registro:	103600
Setor:	Urologia
Leito:	



SINAIS VITAIS		
PA:	T:	HGT:
Observação:		

ENTREVISTA			
HIPERTENSO:	SIM ( )	NÃO (X)	MEDICAÇÃO EM USO:
DIABÉTICO:	SIM ( )	NÃO (X)	MEDICAÇÃO EM USO:
HÁBITOS:	TABAGISTA:	SIM (X)	NÃO ( )
	ETILISTA:	SIM ( )	NÃO (X)
		Há quantos anos:	30 anos
		Qtd/dia:	2 cigarros/dia
		Há quantos anos:	
		Qtd/dia:	

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

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

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE			
JEIUM:	SIM (X)	NÃO ( )	À partir do dia: 28/09 às 18:00
HIGIENIZAÇÃO:	SIM (X)	NÃO ( )	Observação:
TRICOTOMIA:	SIM ( )	NÃO (X)	Observação:
RETIRADO ADORNOS:	SIM (X)	NÃO ( )	RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA:
			SIM ( ) NÃO (X)
CIRURGIAS ANTERIORES:	SIM (X)	Quais/Datas:	
	NÃO ( )		
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE:	SIM (X)	Quais/Datas:	
	NÃO ( )		
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:	SIM (X)	Observação:	
	NÃO ( )		
LATERALIDADE DEMARCADA:	SIM ( )	Observação:	
	NÃO (X)		

Enfermeiro Responsável:

(Assinar e Carimbar)

COD 38404

ARUANA SEGUROS

10 OUT 2019







Dr. Márcio Mendes de Oliveira  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 18588







**HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA**



GESTÃO  
**IMIP**  
HOSPITALAR

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Adriana Lima da Silva Registro: 403650

Clinica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: 2020 Leito: \_\_\_\_\_

[illegible]

ARUANA SEGUROS  
19 OUT 2018



ARUANA SEGUROS

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO TAVARES REUL

JOSÉ CARLOS

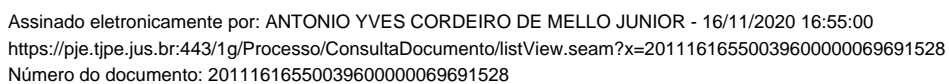
IMAGEM GERAL

J. Carneiro

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO  
GERAL  
NOME 2.816.743  
FILIAÇÃO << JOSEILDO LINS DE SOUZA >>  
<< JOSE AMARO DE SOUZA >>  
<< MARIA ROSA DO NASCIMENTO >>  
NATURALIDADE CABO DE SANTO AGOSTINHO - PE  
OUTRIMISTA << 074790155 1964 1 00028 244  
CPF 0014569 01 CABO DE SANTO AGOSTINHO-PE >>  
449.768.204-72  
Assinatura do titular  
LE Nº 7.116 DE 28/04/83  
F-50 13.746 - 4323



9780170520146



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

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

VIA: 1 CÓD. RENAVAM: 426247396 R.N.T.R.C.: \*\*\*\*\* DENSICID: 2618

NOME: **HELIO GALVAO DA SILVA**

UF: **IPÓJUCA-PE**

CPF / CNPJ: 044.711.084-50 PLACA: **PRE5271**

PLACA ANT. / UF: \*\*\*\*\* / PE CNASB: **9C2ED0550CR543853**

ESPECIE TIPO: **PAS / MOTOCICLISTA** COMBUSTÍVEL: **ALCOOL/CASOL**

MARCA / MODELO: **HONDA/NXR150 BROS ES** ANO FAB: **2011** ANO MOD: **2012**

CAP / POT / CL: **2P/149CL** CATEGORIA: **PARTIC** COR PREDOMINANTE: **PRETA**

COTA ÚNICA: **IPVA 2018 QUITADO** VENC. COTA ÚNICA: **1** VENC. COTAS: **1** \*\*\*\*\*

P V A 1 PAXA / PVA: **1** PREC. PAGAMENTO / COTAS: **2** \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): **SEGURO PAGO** IOF (%): **0** PRÊMIO TOTAL (R\$): **0** DATA DE PAGAMENTO: **17/03/18**

OBSERVAÇÕES: **SEM RESERVA**

IPÓJUCA **Charles Andrews Sousa Ribeiro** DATA: **17/03/18**  
Diretor Presidente DETRAN/PE

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

**PE Nº 014203214358 BILHETE DE SEGURO DPVAT**  
**HELIO GALVAO DA SILVA** 55590-000

CASA: **42-A IPÓJUCA-PE**

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT**  
**PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO**  
**AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**  
**www.seguradoralider.com.br**  
**SAC DPVAT 0800 022 1204**

EXERCÍCIO: **2018** DATA EMISSÃO: **17/03/18**

VIA: 1 CPF / CNPJ: 044.711.084-50 PLACA: **PRE5271**

RENAVAM: **426247396** MARCA / MODELO: **HONDA/NXR150 BROS ES**

ANO FAB: **2011** CAT. DPV: **09** CNASB: **9C2ED0550CR543853**

**PRÊMIO TARIFÁRIO**

FNS (R\$): **0** DENATRAM (R\$): **0** CUSTO DO SEGURO (R\$): **0**

CUSTO DO BILHETE (R\$): **0** IOF (R\$): **0** VALOR DO SEGURO (R\$): **0**

**SEGURO PAGO**

PAGAMENTO: ☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: **17/03/18**

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
CNPJ 09.248.608/0001-04

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

ARUANA SEGUROS

19 OUT 2013



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

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

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 24/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO.

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

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

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**

**Observações:**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSENILO LINS DE SOUZA  
DATA DO ACIDENTE 22/08/18 CPF DA VÍTIMA 449.788.204-72  
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ROBERTO LUIS DA SILVA RODRIGUES FILHO  
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO DO PORTADOR AV. AUGUSTO LIMA GAS  
Nº 900 COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO CENTRO  
CIDADE CABO UF PE CEP 54.305.80  
E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (81) 3041.3204

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO 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 (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS  
( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_  
IDENTIDADE \_\_\_\_\_  
ASSINATURA Roberto Luis

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_  
NOME ARUANA SEGUROS  
ASSINATURA Josely



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: JOSE NILDO LINS DE SOUZA

Id: 2.816.743

CPF: 449.788.204-77

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

Outorgado: ROBERTO LUIS DA SILVA RODRIGUES FILHO

Id: 8.360.827

CPF: 108.580.994-38

End: AV. PRESIDENTE GETULIO VARGAS, Nº 900, CAMPO  
CAPO-PE

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

Cabo 14 de maio de 2018



Jose Nildo Lins de Souza

Assinatura do Outorgante  
(reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO MÁRCIO MENDES - 3.º OFÍCIO DE NOTAS DO CABO - PE  
R. Armazém Jorge Sales, nº 106-B - Centro - Cabo de Santo Agostinho - PE - CEP: 55.010-400 - Tel.: (81) 3521.9041

Reconheço a firma por autenticidade des 14/05/2018 10:00:57  
JOSE NILDO LINS DE SOUZA, Dou 12.  
Em testemunho da verdade. Custas R\$ 3,90  
Tab./Esc.: ISMR R\$ 0,60  
Oligo Linza Camela de Oliveira Total R\$ 4,50  
Selo Digital N. 0074965 (201801.04735)  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital)



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  
**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A  
**Data do acidente:** 22/03/2018  
**Titular do CPF:** JOSENILDO LINS DE SOUZA

### 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

ROBERTO LUIS DA SILVA RODRIGUES FILHO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Josyelli de Oliveira Cabral

