

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 12 de Fevereiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200067939**

**Vítima: SEVERINO LOPES LEITE**

**Data do Acidente: 13/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), SEVERINO LOPES LEITE**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200067939**

**Vítima: SEVERINO LOPES LEITE**

**Data do Acidente: 13/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), SEVERINO LOPES LEITE**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 12 de Março de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200067939**      **Vítima: SEVERINO LOPES LEITE**  
**Data do Acidente: 13/10/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), SEVERINO LOPES LEITE**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **SEVERINO LOPES LEITE**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **237**

Agência: **000003217-4**

Conta: **000000350017-9**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASU:

3 - CPF da vítima:

031 171 414 56

4 - Nome completo da vítima:

SEVERINO LOPES LEITE

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CÍRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

SEVERINO LOPES LEITE

6 - CPF:

031 171 414 56

7 - Profissão:

8 - Endereço:

AV. ANTONIO

RUA ALTO JOSE LEITE

9 - Número:

43

10 - Complemento:

11 - Bairro:

LIVELA MELTO

12 - Cidade:

VITÓRIA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55602-520

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(81) 988776145

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA:  CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:  CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:  CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no CNI)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos?  Vivos:  Falecidos: 30 - Vítima deixou resíduo (háinizar)?  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 295 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data:

X severino Lopes Leite

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3200067939  
Nome do(a) Examinado(a): Severino Lopes Leite  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Alto Jose Leite, 43  
Mangueira Vitoria de Santo Antao PE CEP: 55602-520  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PE ] 5775757  
Data local do acidente: [ 13/10/2019 ]  
Data local do exame: [ 02/03/2020 ] Recife [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA DA TUBEROSIDADE ANTERIOR DA TIBIA DO JOELHO ESQUERDO.**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO COM OSTEOSINTSE POR 2 PARAFUSOS CANULADOS. REALIZOU FISIOTERAPIA.**

**Complicações: VÍTIMA JÁ PORTADORA DE SEQUELA NO JOELHO E MEMBRO INFERIOR ESQUERDO EM TRAUMA PREGRESSO.**

**Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**LIMITAÇÃO LEVE DA EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO (APROX 20 GRAUS DE REDUÇÃO) E MODERADA DA FLEXÃO (APROX 90 GRAUS). MARCHA CLAUDICANTE, MAS SEM APOIO. CICATRIZES SOBREPOSTAS NA REGIÃO ANTERIOR DO JOELHO ESQUERDO E PREGRESSA NA REGIÃO LATERAL DA COXA.**

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim  Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim  Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**DEFÍCIT FUNCIONAL PROPORCIONAL LEVE AO JOELHO ESQUERDO.**

*Caso a resposta do item V seja ““Não””, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”*

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

*Esta avaliação médica deve ser repetida em dias*

*(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

**JOELHO - Lado Esquerdo**

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

**VITIMA PORTADORA DE SEQUELA MAIS GRAVE NO JOELHO E COXA ESQUERDA POR TRAUMA ANTERIOR COMPROVADO NAS RADIOGRAFIAS.**

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

*MR. LUIZ CASANOVIA*  
Médico  
CRM: 17761



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLORIA DO GOITÁ - DP64ªCIRC  
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 20E0154000129

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/01/2020** às **18:34**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo [Consumado]** que aconteceu no dia **13/10/2019** no período da Manhã

Natureza Jurídica: **QUEDA DE MOTO**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA HENRIQUE DE HOLANDA, 1, NO VIADUTO DO CAJÁ, VITÓRIA-PE** - Bairro: **REDENÇAO - VITORIA DE SANTO ANTÃO/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**NÃO SE APLICA ( AUTOR / AGENTE )**

**JOSEFA CORREIA DE AMORIM FALCÃO ( OUTRO )**

**SEVERINO LÓPES LEITE ( VÍTIMA )**



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): SEVERINO LÓPES LEITE**

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

**SEVERINO LÓPES LEITE** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino**

Mãe: **REGINA LÓPES LEITE** Pai: **JOSÉ ALBINO LEITE FILHO** Data de Nascimento: **28/9/1978** Naturalidade: **VITORIA DE SANTO ANTÃO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Documentos: **5775757/SDS/PE (RG), 03117141456 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO**

Profissão: **AUTONOMO(A)**

Endereço Residencial: **RUA ALTO JOSE LEITE, 43, CASA - CEP: 0 - Bairro: LIVRAMENTO - VITORIA DE SANTO ANTÃO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**NÃO SE APLICA** - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

**JOSEFA CORREIA DE AMORIM FALCÃO** (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminina**

Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSEFA CORREIA DE AMORIM FALCÃO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SEVERINO LÓPES LEITE**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**

Cor: AZUL - Quantidade: 1 (UNIDADE)

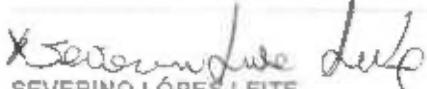
Placa: PFP2004 (PERNAMBUCO/VITORIA DE SANTO ANTAO) Chassi 9C2ND0910CR009927

Ano Fabricação/Modelo: 2012/2012 Combustível: GASOLINA

### Complemento / Observação

A VÍTIMA PILOTAVA A SUA MOTO PELA AV.HENRIQUE DE HOLNDA (ANTIGA 232), QUANDO AO PASSAR PELO VIADUTO DO CAJÁ FEZ UMA MANOBRA PARA DIREITA E NÃO VENDO UM BURACO, PASSOU POR ELE PERDENDO O CONTROLE DA MOTO VEIO A CAIR AO CHÃO. SENDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL JOÃO MURILO DE OLIVEIRA ,MAS DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS A MESMA FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DOM ELDER CÂMARA NO CABO DE SANTO AGOSTINHO ONDE PASSOU POR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NO JOELHO ESQUERDO.

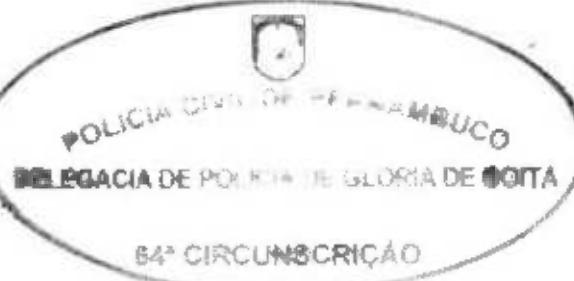
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial



SEVERINO LÓPES LEITE  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO** - Matrícula: 159.816-3

Severino Evaldo do Nascimento  
 Comissário Especial de Polícia  
Mat. 159.816-3



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASU:

3 - CPF da vítima:

031 171 414 56

4 - Nome completo da vítima:

SEVERINO LOPES LEITE

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CÍRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

SEVERINO LOPES LEITE

6 - CPF:

031 171 414 56

7 - Profissão:

8 - Endereço:

AV. ANTONIO

RUA ALTO JOSE LEITE

9 - Número:

43

10 - Complemento:

11 - Bairro:

LIVELA MELTO

12 - Cidade:

VITÓRIA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55602-520

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(81) 988776145

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3217

CONTA: 0350017

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no CNI)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos?  Vivos:  Falecidos: 30 - Vítima deixou resíduo (háinazar)?  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 295 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data:

X severino Lopes Leite

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: SEVERINO LOPES LEITE

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03217-4

CONTA: 000000350017-9

---

Nr. Autenticação

BRADESCO0903202005000000000237032170000035001784375 PAGO

<p align="center"><b>PARA USO DOS CORREIOS</b></p> <p>Relatágrados ao servlgo Postal s/n:</p> <p>Rubrifico do responsevel:</p> <p>Matricula:</p>		<input type="checkbox"/> 01 - MUDAR/66 <input type="checkbox"/> 02 - ENDEREÇO INSURFICIENTE <input type="checkbox"/> 03 - NÃO EXISTE N°/INDÍCADO <input type="checkbox"/> 04 - FALECIDO <input type="checkbox"/> 05 - DESENHOCEDO <input type="checkbox"/> 06 - RECUSADO <input type="checkbox"/> 07 - FALTA COMPLEMTO (DOL/EN/ /GU) <input type="checkbox"/> 08 - CARDA POSTAL CANGELADA <input type="checkbox"/> 09 - CARDA POSTAL CANGELADA
--	--	--



CTC RECIFE PE PL4



SEVERINO LOPES LEITE  
RUA ALTO JOSE LEITE 43-CASA - LIVRAMENTO  
VITORIA DE SANTO ANTAO - PE  
55602-520



7213195069765420000000109530191219  
Data Postagem: 191219

2022/289841193470233

ENDEREÇO PARA ENVIO DE E-MAIL:

SAO PAULO - SP

CAIXA POSTAL: 20 560

ENDEBEGO PARA REVOLUÇÃO

CNPJ: 28.196.888/0001-43



## 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 falsa 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 IVONILDO FERREIRA DE B.JUNIOR inscrito (a) no CPF sob o Nº 794.699.224-68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário SEU ENRICO LOPES LEITE inscrito (a) no CPF sob o Nº 031.171.414-156, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEL da Vítima SEU ENRICO LOPES LEITE, inscrito (a) no CPF sob o Nº \_\_\_\_\_, 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 <b>PC PE FELIX BARRETO</b>		Número <b>13</b>	Complemento
Bairro <b>LIVRAMENTO</b>	Cidade <b>VITÓRIA DE SANTO ANTÃO</b>	Estado <b>PE</b>	CEP <b>55602-360</b>
Email _____	Telefone comercial (DDD) _____	Telefone celular (DDD) <b>81 98877-6145</b>	

Vitória \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Local e Data



Assinatura do Declarante



01.000.000.000-00  
01.000.000.000-00  
01.000.000.000-00

**Nome:** SEVERINO LOPES LEITE  
**Dt. Nasc.:** 28/09/78 - 41 ano (s)  
**Mãe:** REGINA LOPES LEITE

**Nº registro:** 653060  
**Sexo:** Masculino  
**Fone:** 8185444569

**Endereço:** R JOSÉ LEITE, nº 43, LIVRAMENTO, VITORIA DE SANTO ANTAO - PE  
**Data/hora:** 13/10/2019 - 12:03  
**Setor:** Leito:

**Nº pág.:** 1/1

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

**ANAMNESE:**

- Hipertensão

Moto - S

**ALERGIA: NEGA****QUEIXA PRINCIPAL:**

PACIENTE REFERE, NO MOMENTO, DOR E EDEMA NO JOELHO ESQUERDO APÓS QUEDA DA MOTO OCORRIDA ONTEM.

**EXAME FÍSICO:**

Pa: 140 X 100 mmHg      Temp: °C      HGT: mg/dL  
Peso: Kg      Altura: m      SP O<sub>2</sub>: %

Observação:

Classificação de Risco:      **NÃO URGENTE - VERDE**  
Encaminhado para:      **CONSULTÓRIO - TRAUMATOLOGIA**  
Especialidade:      **TRAUMATOLOGIA**

COREN: 444406  
Enf. ISABELLA JOYCE SILVA DE ALMEIDA



Nome: **SEVERINO LOPES LEITE**  
Dt. Nasc.: 28/09/78 - 41 ano (s)  
Mãe: **REGINA LOPES LEITE**

Nº registro: 653060  
Sexo: Masculino  
Fone: 8185444569

Endereço: R JOSÉ LEITE, nº 43, LIVRAMENTO, VITORIA DE SANTO ANTÃO - PE

Nº pág.: 1/2

Data/hora: 13/10/2019 - 12:09

Setor: Leito:

## CONSULTA MÉDICA

### ANAMNESE:

- Hipertensão

Moto - S

**ALERGIA: NEGA**

**QUEIXA PRINCIPAL:**

{ - }

PACIENTE REFERE, NO MOMENTO, DOR E EDEMA NO JOELHO ESQUERDO APÓS QUEDA DA MOTO OCORRIDAS ONTEM.

### QUEIXA RELATADA AO MÉDICO:

PACIENTE PORTADOR DE SEQUELA DE LESÃO DE N. CIÁTICO EM MIE, POR TRAUMA HÁ 11 ANOS, RELATA QUE HÁ 2 HORAS SOFREU ACIDENTE DE TRANSITO CURSANDO COM DOR E LIMITAÇÃO DE ADM EM JOELHO ESQUERDO. AO EXAME PRESENÇA DE EQUIMOSE LOCAL E DOR AO EXAME. NEGA ALERGIAS. PACIENTE HIPERTENSO.

RX COM SINAIS DE AVULSÃO DE TAT ANTIGA, PRESENÇA DE SINAIS DE ARTROSE POSTRAUMÁTICA E MATERIAL DE SÍNTSESE EM JOELHO ESQUERDO.

CD:

- 1- TALA JOELHEIRA
- 2- ANALGÉSIA
- 3- ORIENTAÇÕES

### EXAME FÍSICO:

Pa: 140 X 100 mmHg Temp: °C HGT: mg/dL

Peso: Kg Altura: m SP O<sub>2</sub>: %

Observação:

### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S800 - CONTUSÃO DO JOELHO

CRM: 25113  
Dr. RAFAEL BAIA CARDOZO SILVA



Nome: **SEVERINO LOPES LEITE**  
Dt. Nasc.: 28/09/78 - 41 ano (s)  
Mãe: REGINA LOPES LEITE

Nº registro: **653060**  
Sexo: Masculino  
Fone: 8185444569

Endereço: R JOSÉ LEITE, nº 43, LIVRAMENTO. VITORIA DE SANTO ANTAO - PE  
Data/hora: 13/10/2019 - 12:09  
Setor: Leito:

Nº pág.: 2/2

#### RESULTADOS DE EXAMES:

#### EVOLUÇÃO DO PACIENTE:

CRM: 25113  
Dr. RAFAEL BAIA CARDENAL SILVA

## Resumo de Alta Hospitalar / Orientação Final / Ficha de Esclarecimento

Nome: Genaro Lopes Ferreira Registro nº 121245  
 Idade: 41 Sexo: M Data da Admissão: 11/10/19 Data da Alta: 19/10/19

Diagnósticos Definidos:

frat da TAT (€)

Conduta / Procedimentos Realizados: txaçor e parafuso  
comutada

Prescrição para o Domicílio: unatido

Informações Complementares:

Programação após Alta Ambulatório de Egresso: SIM  Data da Consulta: 15/11 NÃO

Dr. Marcelo Machado  
Ortopedista - Traumatologista  
CRM 1654

Assinatura do Médico e Carimbo



# HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 528545

Data e Hora: 17/10/2019 09:58

Senha da Classificação:

0013

Paciente: 121249 SEVERINO LOPES LEITE

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 28/09/1978 Idade: 41 anos

Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: REGINA LOPES LEITE

Nome do Pai: JOSE ALBINO LEITE

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: HOMERO RODRIGUES SILVA NETO

CRM: 13528

Endereço: RUA ALTO JOSE LEITE

— LIVRAMENTO 43

Bairro: MATRIZ

Cidade/UF: VITORIA DE SANTO ANTAO

PE

Usuário Atendimento: SANDRACA

RG (Identidade): 5775757

SDS PE Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 999203646

Cartão SUS: 702303129355713

Data de Emissão CRN:

(lab: 431322)

Hospital

Hospital  
Rua Presidente Vargas, 1100  
Centro  
Faturamento: 11/2019

## RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

### Queixa Principal

trauma joelho (e)

### Exame Físico

Dor - mobilidade

### Protease Diagnóstico

fract. TTF?

### Conduta Terapêutica

TC joelho (e)

### Prescrição Médica

internar no Hemato

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:  
LEITO DO PACIENTE:

### FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 528602

Data e Hora do Atendimento: 17/10/2019 19:58

Usuário do Atendimento: DAYENESS

Convênio: SUS - INTERNAÇÃO

Nome do Paciente: SEVERINO LOPES LEITE

Prontuário: 121249

Nome da Mãe: REGINA LOPES LEITE

Nome do Pai: JOSE ALBINO LEITE

Data do Nascimento: 28/09/1978

Idade: 41 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: CASADO

RG: 5775757

SDS PE Data Emissão:

CPF:

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: MÉDIO (2º GRAU) COMPLETO

Carteira Nacional SUS: 702303129355713

Ocupação Habitual: OUTROS

Endereço: RUA ALTO JOSE LEITE

43 MATRIZ

Cidade: VITORIA DE SANTO ANTAO

PE CEP: 55602970

Fone: 999203646

### DADOS DO ATENDIMENTO

Item: DEMANDA ESPONTANEA

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 05



HDH - Hospital Dom Helder Camara  
Saiá - Ricardo Ferreira  
Fachamento

### 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, 17/10/2019

Assinatura e R.G. do Responsável:

### SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta:

Melhorando

Diagnóstico:

hernia TAT

Procedimento:

fixação

Alta em: 19/10/2019

19/10/2019 Dr. Ijaciel Soares de Oliveira

Médico e C.R.M:

Dr. Ijaciel Soares de Oliveira CRM: 17726

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assistente Administrativo

Assinatura e R.G:



HDH - Hospital Dom Helder Camara  
Wedson R. Silva  
Assistente Adm. I  
SAME/Fachamento



CCIIH  
Dom Helder Camara  
24.10.19

# HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

Data e hora retirada da senha: 17/10/2019 09:33

## PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP



Nome Paciente: SEVERINO LOPES LEITE  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 28/09/1978  
Sexo: Masculino  
Idade: 41 anos  
Senha: 0013  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

Período: 17/10/2019 09:47 - 17/10/2019 09:52

**MICHELAINY VICENTE GOMES - COREN: 253188 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO**

Prioridade: **NAO URGENTE - VERDE**  
Cor: **VERDE**  
Queixa Principal: PACIENTE DEU ENTRADA LIVRE DEMANDA, COM ENCAMINHAMENTO DE DR. HOMERO RODRIGUES PARA REALIZAR TOMOGRAFIA EM JOELHO ESQUERDO.  
PACIENTE REFERE DOR + EDEMA EM JOELHO ESQUERDO.  
Medicamento(s): HAS +  
DM -  
ALERGIA -  
Observação: SEM LPP  
Fluxograma sintoma: DOR CERVICAL/DORSAL/LOMBAR/EXTREMIDADES (SEM HISTÓRIA DE TRAUMA)  
Discriminador(es): - DOR LEVE (1-3/10)  
- EDEMA ARTICULAR SEM FLOGOSE  
Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
Sinais Vitais Lidos: - PAD: 60.00 MMHG  
- PAS: 120.00 MMHG

Acolhido(a) por: **MICHELAINY VICENTE GOMES - COREN: 253188 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)**

Data impressão: 17/10/2019 09:52

Dr. Homero Rodrigues

CRM 13526

ORIOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA

*Homero*  
Silva Lopes Mach.

ANTONIO

TOH - Amputado

5-ju. pul. am h

*II Revisão Traumat.*

*Jel Lobo*

*Homero Rodrigues*  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 13526

Centro Hospitalar Santa Maria, Vitoria de Santo Antao - PE  
Fone: (81) 3145-1468 / 3523-1087

**ESCALA DE BRADEN**  
**AVALIAÇÃO DO RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO - Adulto**

Nome do paciente: Giovânia Lopes Soárez Registro: 15 Data da avaliação: 17/10/19

<b>Percepção Sensorial</b> Capacidade de reação significativa ao desconforto	<b>1. Completamente limitada:</b> Não reage a estímulos dolorosos (não greme, não se retrai nem se agarra a neda) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação. <b>OU</b> Capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	<b>2. Muito limitada:</b> Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação. <b>OU</b> Tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	<b>3. Ligeiramente limitada:</b> Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. <b>OU</b> Tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	<b>4. Nenhuma limitação:</b> Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.
<b>Umidade</b> Nível de exposição da pele à umidade	<b>1. Pele constantemente úmida:</b> A pele mantém-se sempre úmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada umidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	<b>2. Pele muito úmida:</b> A pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	<b>3. Pele ocasionalmente úmida:</b> A pele está por vezes úmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	<b>4. Pele raramente úmida:</b> A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
<b>Atividade</b> Nível de atividade física	<b>1. Acamado:</b> O doente está confinado à cama.	<b>2. Sentado:</b> Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	<b>3. Anda ocasionalmente:</b> Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado	<b>4. Anda frequentemente:</b> Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.
<b>Mobilidade</b> Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	<b>1. Completamente imobilizado:</b> Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	<b>2. Muito limitada:</b> Ocasionais mudas ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	<b>3. Ligeiramente limitado:</b> Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	<b>4. Nenhuma limitação:</b> Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.
<b>Nutrição</b> Alimentação habitual	<b>1. Muito pobre:</b> Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido. <b>OU</b> Está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soro durante mais de cinco dias.	<b>2. Provavelmente inadequada:</b> Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionais toma um suplemento dietético. <b>OU</b> Recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	<b>3. Adequada:</b> Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido. <b>OU</b> É alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	<b>4. Excelente:</b> Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.
<b>Fricção e forças de deslizamento</b>	<b>1. Problema:</b> Requer ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Desce frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um repositionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	<b>2. Problema potencial:</b> Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente desce.	<b>3. Nenhum problema:</b> Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correta posição na cama ou cadeira.	

Alto Risco: <12 Risco Moderado: 13 - 17 Sem Risco: > 18

Pontuação Total 22

## HISTÓRIA CLÍNICA

### Identificação

Nome: Sebastião ICPDS 16276 Registro: \_\_\_\_\_ Nº Atendimento: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Acompanhante: ( ) Sim - ( ) Não  
Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Queixa Principal e Duração: \_\_\_\_\_  
  
Fim - Joel HC @

História de Doença Atual: \_\_\_\_\_  
  
Guanabana no Pé

Interrogatório Sintomatológico: \_\_\_\_\_  
  
Dor Tornozelo

Exame Físico: \_\_\_\_\_

Dor + Edema

Antecedentes Pessoais: \_\_\_\_\_

HM

Medicações em Uso: \_\_\_\_\_

Actomix 4 1/2 CP 5X10

Antecedentes Familiares: \_\_\_\_\_

Hipótese Diagnóstica Principal: \_\_\_\_\_

PIAD + DPT

Hipóteses Diagnósticas Secundárias: \_\_\_\_\_

Plano Terapêutico: \_\_\_\_\_

Med. Itag

0102/2010

Cabo de Santo Agostinho, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/

Assinatura e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES / PE

Hospital Metropolitano Sul - Dom Hélder Câmara

Rodovia BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000

Cabo de Santo Agostinho - PE

## Evolução Clínica

Nome: Silvana Soares Lira Registro: 121249

Clinica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: Unid. Leito: \_\_\_\_\_

Data/Hora	At. Serviço Fono
17/10/19 22:35h	<p>Realizada visita ao leito, constatou-se paciente com esforço de falar. Foi referido que o paciente é de 8º andar, que possui osteoporose e que é impossível manter a sua posição devido ao cansaço. Precisa de auxílio para se mover e sentar. Foi recomendado que o paciente permaneça no hospital e que seja feita a transferência para o hospital de convalescência do SUS.</p> <p>Assistente Social Assistente Social CREF: 120147</p>
18-10-19	

18-10-19	Enfermagem
	<p>Paciente em BO de fach. da 1<sup>a</sup> aula a grande, em torno de 200g, sentado, com entedimento, cansaço, dor nas costas e no tronco, com o desvio de cabeça, com a cintura e o quadril curvados.</p> <p>Dra. Graziela Soárez Enfermeira COREN: 122247</p>

19/10/19 9h	<p># ORTOPEDIA</p> <p>1º DPO extomia tibial (TAT)</p> <p>SI queixas</p> <p>PO norm PC</p> <p>CD: ATCA</p>
----------------	---

Dr. Marcelo Andrade  
Ortopedista

CÓD. 38251

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Silviano Lepo Liti Registro: 101370

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

Data/Hora	<p style="text-align: center;"># Informação</p> <p>Pct 3º DPO gmo férmez- frot. (foto tibial) (C)      M. P. EGB; concorrência; quenteza; supurada;      tibial; galvanítico: Curativo Chicco, AVE      M. E. I. ) Dureza (+) Difícil Sintet. (b) ; cura      mitais mitais; migra de outro hospital S/ queixas</p>
	

**Ficha de Cirurgia Descritiva**

Aviso de Cirurgia : 43404

Paciente : 121248

Convênio Atend. : 1

Leito : 541

Dt. Início : 18/10/2019 09:00

Cid Pré-Operatório : S821

Cid Pós-Operatório : S821

Sala : 0002 SALA 02

SEVERINO LOPES LEITE

SUS - INTERNACAO

LEITO 05

Dt. Fim : 18/10/2019 09:32

Atendimento : 528602

Carteira :

Idade : 41 Anos

FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

**Procedimentos**

Procedimento: 0408050500

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TIBIA (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 86

RAQUI ANESTESIA + SEDACAO

**Equipe Médica**

CIRURGIAO

13526 HOMERO RODRIGUES SILVA NETO

ANESTESISTA

8010 TEREZA CRISTINA DA SILVA

**Descrição**

**Descrição Cirúrgica :**

**Descrição Cirúrgica**

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM MESA CIRÚRGICA
2. ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
4. INCISÃO ANTERIOR DE JOELHO ESQ
5. PASSAGEM DE FIO PERCUTANEO
6. REDUCAO INDIRETA SOBRE CONTROLE RADIOSCÓPICO , FIXAÇÃO COM 2 PARAFUSOS CANULADOS 4,5 MM
7. TESTES OK
8. CONTROLE RADIOSCÓPICO
9. FECHAMENTO POR PLANOS

**shados Cirúrgicos:**

**Descrição Complementar**

DR(A) : HOMERO RODRIGUES SILVA NETO  
CRM : 13526

18/10/19 J. 02

# FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

18/10/19

Paciente

CRM

Nome do Anestesista

Medicação Pré-anestésica

Sexo

Cor

Idade

Risco

Nome do Cirurgião

Urgência

NÃO

SIM

Clínica

Intervenção: Tumor de Tibia F.

Horário

O<sub>2</sub>

N<sub>2</sub>O

Idade

91 P12 SF

SaO<sub>2</sub>

ETCO<sub>2</sub>

ECG

25 RS

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

0

Anestésicos

Drogas Usadas

Quantidade

Vecap 0,5% 15mg  
Diaz 60mg  
Cefazolin 2g  
Nefradol 1g

Técnica Anestésica

Bacri 1g hep  
met 500mg  
apofl 250mg  
paves 600mg  
Salopek  
Duroc

Monitorização

- Cardioscópio
- Oxímetro
- PFI
- Sonda Vesical
- Capnógrafo
- Elet. Pré-Cordial
- Outros
- BIS
- Temperatura
- Swan-Ganz
- Analisador Gases
- PVC
- Estimulador de Nervo
- Linha Arterial
- Volemia iBP Plus

- Encaminhado:
- Acordado
  - Sonolento
  - Intubado
  - SRPA
  - Apart/Enf.
  - Un
  - Externo
- Destino:
- SRPA
  - Apart/Enf.
  - Un
  - Externo

Intercorrência:  NÃO  SIM

Descrever:

Observações:

Tereza C. Silva  
Médica  
CRM 00010

Assinatura de Anestesista:

## GERÊNCIA DE ENFERMAGEM EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

### 1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Guilherme Japet Data: 18/10/19 Hora: 07:05 Registro: 162249  
 Comunicação: SOS Letra: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

### 2 - EQUIPE MÉDICA:

Grupado: Dr. Henrique Portilho Anestesiista: Dr. Fábio Auxiliar: 2º Auxiliar Instrumentador: deu

### 3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Extrair prodrina digestiva de fibra Início: 09:00 Término: \_\_\_\_\_  
 Anestesia: Alucal + sedativa Início: 08:45 Término: \_\_\_\_\_

### 4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

Estado Geral:	<input type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Grave	
Nível de Consciência:	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Somolento	<input type="checkbox"/> Coma
Respiração:	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> Entubado	<input type="checkbox"/> Tracheostomizado	
Tricotomia:	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não		

Chegou no CC em uso de: \_\_\_\_\_

### 5 - TRANS-OPERATÓRIO:

Posição: Fowler ( )	Lateral ( )	Dorsal ( <input checked="" type="checkbox"/> )	Ventral ( )	Ginecológica ( )
Banco de Sangue ( )		Laboratório ( )	Radiologia ( )	Peça Cirúrgica: Sim ( )

### 5.1 - EQUIPAMENTOS:

Cardímetro de Pulso ( <input checked="" type="checkbox"/> )	Monitor Cardíaco ( <input checked="" type="checkbox"/> )	PNI ( <input checked="" type="checkbox"/> )	Bomba CEC ( <input checked="" type="checkbox"/> )	Aspirador ( )
Cotchão Térmico ( )	Bisturi Ultrassônico ( )	Autoscópio ( )	Microscópio ( )	Capnógrafo ( )
Bisturi Elétrico ( <input checked="" type="checkbox"/> )	Local da Placa <u>torax</u>			
Carro de Anestesia ( <input checked="" type="checkbox"/> )	Díplofusor ( )	Intubador ( )	( <input checked="" type="checkbox"/> )	
Ap. Vídeo ( )	Bomba de Infusão ( )		Nº ( )	
Oxigênio ( )				
Protólide ( )				
Gás Carbônico ( )				
Outros: _____				

### 5.1 - PROCEDIMENTOS:

Cárrula Orotéresca: Sim ( )	Não ( <input checked="" type="checkbox"/> )	Picapé Venoso: Sim ( )	Não ( <input checked="" type="checkbox"/> )
Bandeira Venal de Demora: Sim ( )	Não ( <input checked="" type="checkbox"/> )	Sofila Gástrica: Sim ( )	Não ( <input checked="" type="checkbox"/> )
Drainagem (Tipo e Local): Sim ( )	Não ( <input checked="" type="checkbox"/> )		
Curativo (Tipo e Local): Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> )	Não ( )		

### 5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTÉSIA: <u>medicamento jn fiche de anestesia</u>	CIRURGIA: _____
	_____
	_____
	_____
	_____

### 6 - OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: Acordado ( )	Narcose ( )	Entubado ( )	Tracheostomizado ( )
Encaminhado para: SRPA ( <input checked="" type="checkbox"/> )	S. Intensiva ( )	LICOR ( )	UTI ( ) Aptº ( )
			Residência ( )

Data: 18-10-19 Hora: \_\_\_\_\_ Enfermeira: Fabio Circulante: deciine



2-05

1. Identificação

Leito da SRPA:

Nome: Susano Lopes L. data: 18/10/19 Hora: 08:40 Registro: 121240  
Leito de origem: \_\_\_\_\_

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Fratura diáfisea de Tibia  
Tipo de anestesia: Nodar + sevoflato  
Equipe: Dr. Helder Rodrigues Anestesista: Dr. Tergu

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: \_\_\_\_\_

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

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

Sinais vitais: PA: 121 x 63 mmHg FR: 13p/min FC: 59 p/min SaPO2: 100%

Glasgow: \_\_\_\_\_

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	<u>114x63</u>	<u>118x70</u>	<u>121x77</u>	<u>122x77</u>	<u>135x84</u>	
FR	<u>30</u>	<u>18</u>	<u>16</u>	<u>17</u>	<u>16</u>	
FC	<u>54</u>	<u>56</u>	<u>86</u>	<u>78</u>	<u>81</u>	
SaPO2	<u>96%</u>	<u>96%</u>	<u>96%</u>	<u>98%</u>	<u>100%</u>	
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

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

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ SaPO2: \_\_\_\_\_ Glasgow: \_\_\_\_\_

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

Data: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_ Responsável pelo encaminhamento: \_\_\_\_\_

Alta da SRPA pelo médico: \_\_\_\_\_

Med. \_\_\_\_\_  
Ocup. \_\_\_\_\_

CÓD: 38398

HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARASISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE  
BLOCO CIRÚRGICO

Nome: <i>Sereno Góes Bell</i>		Registro: <i>191249</i>	Leito:
Procedimento Cirúrgico: <i>Frat. Plato Tírial (C)</i>		Data:	Hora:
DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS	
1. Ansiedade	<input checked="" type="checkbox"/> Encorajar verbalização dos sentimentos e medos		
	<input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar apoio emocional		
	<input checked="" type="checkbox"/> Dar informação ao paciente e familiares		
	<input type="checkbox"/> Outros		
2. Ventilação prejudicada <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado		
	<input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas superiores de ____/____ h		
	<input type="checkbox"/> Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz		
	<input type="checkbox"/> Manter o paciente em posição de Fowler		
	<input type="checkbox"/> Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR		
	<input type="checkbox"/> Instalar ( ) manter ( ) Anotar oximetria de pulso		
3. Padrão de eliminação urinária  <input checked="" type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> Aumentado	<input type="checkbox"/> Outros		
	<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ____/____ h		
	<input type="checkbox"/> Estimular eliminação por meios físicos (ligar torneira, compressas frias no abdômen).		
	<input type="checkbox"/> Colocar o paciente em posição de Fowler		
	<input type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hídrica		
	<input checked="" type="checkbox"/> Registrar-se: <input checked="" type="checkbox"/> Dor ao urinar <input checked="" type="checkbox"/> Abaulamento em região suprapúbica <input checked="" type="checkbox"/> Ausência de diurese espontânea		
4. Dor ( )	<input type="checkbox"/> Outros		
	<input type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente no pós anestésico		
	<input checked="" type="checkbox"/> Avaliar a localização e a intensidade da dor		
	<input type="checkbox"/> Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação		
	<input type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da dor		
	<input checked="" type="checkbox"/> Registrar características e intensidade da dor		
5. Integridade tissular prejudicada <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Outros		
	<input type="checkbox"/> Descrever características da lesão		
	<input type="checkbox"/> Realizar curativo de ____/____ h		
	<input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito de ____/____ h		
	<input type="checkbox"/> Medir decúbito de dreno de ____/____ h		
	<input type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por ____/____ h		
6. Sangramento <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Outros		
	<input checked="" type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de <i>15/15</i> h		
	<input type="checkbox"/> Manter decúbito: _____		
	<input type="checkbox"/> Realizar curativo compressivo		
	<input type="checkbox"/> Outros		
	<input type="checkbox"/> Pinçar dreno ao transportar paciente		
7. Imobilidade no leito prejudicada <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Avaliar mobilização do dreno (Tracionado)		
	<input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição:		
	<input type="checkbox"/> Outros		
	<input type="checkbox"/> Outros		

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
8. Desidratação (✓)	<input checked="" type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese a cada <u>2/3 h</u> <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar e registrar umidade de mucosas <input checked="" type="checkbox"/> Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária <input checked="" type="checkbox"/> Registrar turgor e elasticidade da pele <input type="checkbox"/> Outros	
9. Êmese (✓) Náusea (✓)	<input type="checkbox"/> Registrar aspecto e quantidade de episódios <input type="checkbox"/> Manter decúbito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada <input type="checkbox"/> Verificar posicionamento da SNG/SNE <input type="checkbox"/> Outros	
10. Temperatura Corporal  (✓) Diminuída (✓) Elevada	<input checked="" type="checkbox"/> Aferir temperatura de <u>5/12</u> h / Comunicar se estiver abaixo de 35°C ou acima de 37°C <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 (✓)	<input type="checkbox"/> Aferir sinais vitais a cada <u>5/12</u> h. <input checked="" 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 de consciência. <input type="checkbox"/> Outros	
12. Risco para infecção (✓)	<input checked="" type="checkbox"/> Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização <input checked="" type="checkbox"/> Registrar e anotar sinais flogísticos Local: <input checked="" type="checkbox"/> Examinar F.O e registrar alterações (✓) dor; (✓) calor; (✓) rubor; (✓) edema. <input type="checkbox"/> Outros	
13.	<input type="checkbox"/> Outros	

SNG - Sonda Nasogástrica

PA - Pressão Arterial

FC: Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso enteral

HGT - Hemoglicoteste

AVP - Acesso Venoso Periférico

Fábio M. Júnior Almeida  
COREN-PE 374.214-ENF

ENFERMEIRO(A) - D -

Carimbo Sônia  
ENFERMEIRO(A) - N -

Ana Mere Ferreira  
Tec. em Enfermagem  
Coren 954.114  
TEC. EM ENFERMAGEM - D -

Carimbo 04/06/2018  
TEC. EM ENFERMAGEM - N -

ASSINATURA E CARIMBO

ASSINATURA E CARIMBO

**CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM  
AUXILIAR/TÉCNICO DE ENFERMAGEM**

Nome:	<u>Silviano Lopes Soite</u>	Registro:	<u>101099</u>
Clinica:	<u>SHC</u>	Enfermaria:	<u>S A PA</u>
Sexo:	<u>M</u>	Peso de admissão:	<u>Kg</u>
		Peso Atual:	<u>Kg</u>
Leito:			

**Hipótese Diagnóstica:**

HORA:	PLANTÃO DIURNO:	DATA:	
18/10/19			
Estado Geral	<input checked="" type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> Gravíssimo
Dieta	<input checked="" type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SML <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> Dieta Zero
Padrão Respiratório	<input checked="" type="checkbox"/> Eupneico	<input type="checkbox"/> Taquipneico	<input type="checkbox"/> Bradigeneico
Acesso Venoso	<input checked="" type="checkbox"/> Periférico	<input type="checkbox"/> Central	Local:
Curativo	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Local:
Drenos	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Local:
Evacuações	<input checked="" type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	Aspecto:
Observações	paciente comente, quanto, humor, vitalício, medindo eliminação perenizada, médica. Seguir os critérios de enfermagem		

**Auxiliar / Técnico de Enfermagem:**

HORA:	PLANTÃO NOTURNO:	DATA:	
20:00	10/10	18/10/19	
Estado Geral	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> Gravíssimo
Dieta	<input checked="" type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SML <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> Dieta Zero
Padrão Respiratório	<input checked="" type="checkbox"/> Eupneico	<input type="checkbox"/> Taquipneico	<input type="checkbox"/> Bradigeneico
Acesso Venoso	<input checked="" type="checkbox"/> Periférico	<input type="checkbox"/> Central	Local:
Curativo	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Local:
Drenos	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Local:
Evacuações	<input checked="" type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	Aspecto:
Observações	paciente evolui estável, regular, comente humor, vitalício, perenizada, médica. Seguir os critérios de enfermagem		

**Auxiliar / Técnico de Enfermagem:**
**PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM**

Técnico de Enfermagem	Horário	Responsável





ЛУНГИЯ, НАГАДИС НАД



HOSPITAL  
ELDER C



**CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM  
AUXILIAR/TÉCNICO DE ENFERMAGEM**

Nome: <u>Silvana</u>	Enfermaria: <u>B-6</u>	Registro: <u>121249</u>
Clínica: <u>HU</u>		Leito: <u>—</u>
Sexo: <u>—</u>	Peso de admissão: <u>—</u> Kg	Peso Atual: <u>—</u> Kg

**Hipótese Diagnóstica:**

HORA: <u>18:00</u>	PLANTÃO DIURNO: <u>18:00</u>	DATA: <u>19/10/19</u>
Estado Geral: <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Gravíssimo	<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SML <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> Dieta Zero	
Padrão Respiratório: <input checked="" type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Bradigeneico	<input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central	Local: _____
Acesso Venoso: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Local: _____
Drenos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Local: _____
Evacuações: <input type="checkbox"/> Presente <input checked="" type="checkbox"/> Ausente		Aspecto: _____
Observações: <u>Paciente sem intercorrência, aceitando alimentação, conseguindo dormir, estavam de acordo com cuidados de enfermagem.</u>		

Auxiliar / Técnico de Enfermagem: <u>Wendy</u>	<i>Salvo 18:00</i>	
HORA: <u>—</u>	PLANTÃO NOTURNO: <u>—</u>	DATA: <u>—</u>
Estado Geral: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Gravíssimo	<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SML <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> Dieta Zero	
Padrão Respiratório: <input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Bradigeneico	<input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central	Local: _____
Acesso Venoso: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Local: _____
Drenos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Local: _____
Evacuações: <input type="checkbox"/> Presente <input checked="" type="checkbox"/> Ausente		Aspecto: _____
Observações: <u>—</u>		

Auxiliar / Técnico de Enfermagem: \_\_\_\_\_

**PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM**

Técnico de Enfermagem	Horário	Responsável

### IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

#### 1. Identificação

Nome: <u>Severino Soares Neto</u>	Data: <u>23/10/19</u>	Registro: <u>124249</u>
Convênio: <u>013</u>	Leito: _____	Hora: <u>07:05</u>

#### 2. Equipe médica:

Cirurgião: <u>D. Gustavo Rodrigues</u>	1º auxiliar: _____
Anestesista: <u>D. Tergo</u>	Instrumentador: <u>Jauny</u>
Circulante: <u>Lucas</u>	_____

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
LAP L Ponto de Foco 1 Kit Anestesia 1 CDPOL	02/01/2021 02/01/2021	_____
MMIT 1 Caneta bisturi 1 Faixa de crepe	02/01/2021 02/01/2021	_____
Soco 1 Mata strigos 1 Fio cirúrgico	02/01/2021 02/01/2021	_____
Ex. canula de 4,5 Fita cirúrgica 1	02/01/2021 02/01/2021	_____
_____	02/01/2021 02/01/2021	_____



SACO DE BLOCO  
HDM  
LOTE: 30.001.147  
EST: 08/10/2019  
VAL: 08/10/2020  
PLASMA P.H.  
RESP TÉCNICO:  
Ricardo Leite  
COREN: 342-726

UNTESTED  
70943011

CÓD. 38236

MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

PACIENTE:	Fernanda Lopes Neto			DATA:	18/10/19
CIRURGÃO:	Dr. Henrique Rodrigues			HORA:	12:249
ANESTESISTA:	Dr. Tereza			AUXILIAR:	Flávia + gsd
CIRURGIA:	Fratura Fratura da clavícula de fibra e			ANESTESIA:	
ESTRUMENTADOR:	Neurá			COORDENAÇÃO:	Ruana
CIRCULANTE:	Luciene				
ENFERMEIRA:	Fabricio			HORARIO INICIO:	07:05
DESCRIPÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 02				HORARIO FINAL:	
<b>AGULHAS</b>					
13X4,5	25X7	25X8	40X12		
CARDIOPLEGICA	STIMPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27		
<b>ATADURAS</b>					
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM		
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM			
<b>CANULAS</b>					
JUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5		
RAQUEOST 9,0					
<b>CATETER</b>					
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16		
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 18	JELCO 18		
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24			
<b>LIMPADORES</b>					
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400		
<b>CURATIVOS</b>					
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX		
<b>EQUIPOS</b>					
BOMBA	BOMBA FOTO	PISANGUE	P/SORO MACRO		
<b>EXTENSORES</b>					
20CM	40CM	60CM	120CM		
<b>LÂMINAS</b>					
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20		
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6			
<b>LUVAS</b>					
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5		
<b>SERINGAS</b>					
1ML	3ML	5ML	10ML		
20ML	60ML	60ML CATETER			
AVENTAL CIRUR	BS. CÓLОСTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/ VIDEO		
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXAO 2VIAS	CONEXAO 4VIAS		
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GAZES	GELFOAM		
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA		
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO		

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
KHER 6	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCCAO 2,2	SUCCAO 4,6	SUCCAO 6,4
BLAKER 19FR	TORAX 18	TORAX 20	TORAX 26
TORAX 28	TORAX 32	TORAX 32	TORAX 36
<b>AGULHAS</b>			
ENTERAL 16	ENDOTRAQ 2,5	ENDOTRAQ 2,5	ENDOTRAQ 3,0
ASPIRAÇÃO 19	ENDOTRAQ 2,5	ENDOTRAQ 2,5	ENDOTRAQ 3,0
ENDOTRAQ 3,5	ENDOTRAQ 4,5	ENDOTRAQ 4,5	ENDOTRAQ 5,0
ENDOTRAQ 5,5	ENDOTRAQ 6,5	ENDOTRAQ 6,5	ENDOTRAQ 7,0
ENDOTRAQ 7,5	ENDOTRAQ 8,5	ENDOTRAQ 8,5	ENDOTRAQ 9,0
FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
FOLEY 2VIAS 15	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	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 22	NASO 22	URETRAL 4
URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 10	URETRAL 12
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20
<b>CONJUGADOS</b>			
ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDIACA
CROMADO 6	CROMADO 8	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
CROMADO 4-0	CROMADO 6-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
SIMPLES 5-0	SIMPLES 6-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
NYLON 10-0	NYLON 12-0	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
POLIESTER 4-0	POLIESTER 6-0	PROLENE 0	PROLENE 2
PROLENE 2-0	PROLENE 4-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	VICRYL 6-0	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 4-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75		ACD 4	AÇO 6



Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara  
IMIP Hospitalar  
Dom Helder Câmara

Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara  
IMIP Hospitalar  
CNPJ: 09.039.744/0006-60

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

## HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

**FUND. MARTINIANO FERNANDES**  
Registro: 121249  
Nome: SEVERINO LOPES LEITE  
Mãe: REGINA LOPES LEITE  
End.: RUA ALTO JOSE LEITE  
Enferm.: LEITO 05

### CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

Atendimento: 528602

Leito: 541

Dt.Cad: 17/10/2019  
Dt. Nasc: 28/09/1978  
Bairro: MATRIZ  
Cidade: VITORIA DE SANTO ANTAC  
CNS: 702303129355713

#### 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 Nega

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?  
 Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas?
- Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente?
- Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico?

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- Sim
- Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

- Sim PK
- Não se aplica

#### ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- Nome do procedimento realizado T3, 4, 5, 6, Frat. Platô Tíbia (6)
- A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica)
- Biópsias estão identificadas com o nome do paciente
- Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido
- O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente

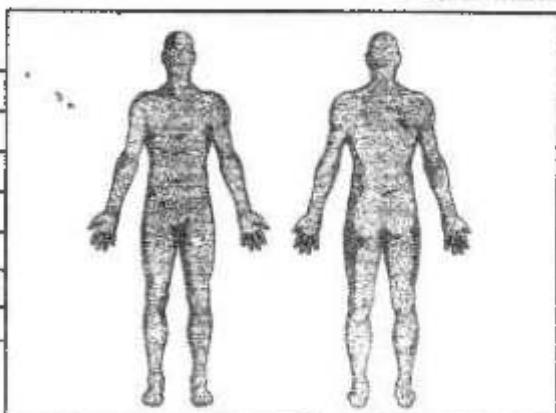
Medida Mº Pedro Alcântara  
CORREN-00074.214-ENF

CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

Data: 28/10/19

Hora: 07:30

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome:	Silvana (cena Leite)
Data de Nascimento:	18/07/58
Setor:	Leito:



SINAIS VITAIS		
PA:	T:	HGT:
Observação:		

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

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

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

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE					
JEJUM:	SIM ( )	NÃO ( )	À partir do dia 17/10/19 às 07:00	Observação:	
HIGIENIZAÇÃO:	SIM ( )	NÃO ( )	Observação:		
TRICOTOMIA:	SIM ( )	NÃO ( )	Observação:		
RETIRADO ADORNOS:	SIM ( )	NÃO ( )	RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA:	SIM ( )	NÃO ( )
CIRURGIAS ANTERIORES:	SIM ( )	Quals/Datas:	Lembrar E, Fimbrin E, Jardim E		
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE:	SIM ( )	Quals/Datas:			
NÃO ( )					
PELSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:	SIM ( )	Observação:	LATERALIDADE DEMARCADA:	SIM ( )	Observação:
NÃO ( )				NÃO ( )	

Enfermeiro Responsável:

Assinatura e Carimbar

COD 38404

<b>Tipo do documento:</b> <b>TERMO DE CONSENTIMENTO</b>	<b>Número do documento:</b> <b>TER_001</b>	<b>Emissão:</b> <b>17/04/2019</b>
<b>Título:</b> <b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>		<b>versão número:</b> <b>001</b>
<b>Responsável pela elaboração:</b> <b>Bruna Melo</b>	<b>Responsável pela aprovação:</b> <b>Dr. André Sansônio</b>	<b>Revisão:</b> <b>00</b>

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** **- PARA PROCEDIMENTOS EM GERAL -**

O presente termo tem o objetivo de cumprir o dever ético de declaração do paciente e/ou responsável, de recebimento de informações quanto aos principais aspectos relacionados ao tratamento, assistência prestadas pelo médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Dom Helder Câmara.

Paciente

Responsável

Autorizo o Dr(a). \_\_\_\_\_

credenciado(a) \_\_\_\_\_

pelo Hospital Dom Helder Câmara, a realizar o(s) seguinte(s): \_\_\_\_\_

Tratamento: \_\_\_\_\_

Assistência clínica: \_\_\_\_\_

Procedimento: \_\_\_\_\_

Exame: \_\_\_\_\_

a que serei submetido.

Declaro que estou ciente dos benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis que me foram explicadas claramente pelo médico, Dr(a). \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ e que tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no Hospital para se obter o melhor resultado.

Estou ciente de que podem ocorrer complicações durante o Tratamento/Assistência Clínica/Procedimento ou Realização de exame, assim como poderá ser necessária a modificação da proposta inicial em virtude de situações imprevistas.

Confirmei que recebi explicações, comprehendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse.

PACIENTE /  RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Sevilma Lopes

RG: \_\_\_\_\_

Data de nasc.: 1/1/19

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Cabo de Santo Agostinho, 17 de Outubro de 2019

Sevilma Lopes Lopes  
Assinatura do paciente/representante legal

#### **Preenchimento Obrigatório Médico**

Eu, \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ médico responsável pelo esclarecimento do procedimento, prestei todas as orientações necessárias e solicitadas pelo paciente referente ao termo de consentimento informado.

Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento informado, por tratar-se de situação de Emergência

Cabo de Santo Agostinho, 17 de Outubro de 2019

Homero Rodrigues  
 Ortopedia - Traumatologia  
 CRM 13526

Assinatura / Carimbo do médico

Tipo do documento: <b>TERMO DE CONSENTIMENTO</b>	Número do documento: <b>PER-001</b>	Emissão: <b>17/04/2019</b>
Título: <b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	Responsável pela elaboração: <b>Bruna Melo</b>	Versão número: <b>001</b>
Responsável pela aprovação: <b>Dr. André Sensório</b>		Revisão: <b>00</b>

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ANESTESIA

Declaro que fui informado(a) quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento anestésico ao qual serei submetido nesta instituição.

Autorizo o médico anestesiologista abaixo identificado, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente cadastrados por esta instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico.

Declaro ainda que:

- Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesiologista. A(s) alternativa(s) de procedimento anestésico indicadas para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações me foram explicadas satisfatoriamente.
- Fui esclarecido de que a anestesia envolve procedimentos invasivos e que podem ocorrer lesões que na maioria das vezes são temporárias. Raramente ocorrem lesões permanentes, mas podem ocorrer, mesmo que o procedimento tenha sido realizado sob o mais rigoroso padrão técnico. Assim como fui esclarecido, também, de que a resposta à administração de medicamentos é individual e que a ocorrência de efeitos colaterais ou indesejados é imprevisível.
- Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis nesta instituição.
- Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anestesiologista sobre doenças pré-existentes, os medicamentos em uso, cirurgias realizadas, complicações anestésicas e reações alérgicas anteriormente apresentadas e, também, sobre o tempo decorrido de jejum (desde a última refeição/ingestão de líquidos).
- Fui informado(a) pela equipe médica de que o tabagismo, o uso de drogas entorpecentes, tais como cocaína, maconha, anfetaminas, e outras como o álcool são fatores que podem trazer prejuízo ao procedimento e/ou tratamento. Fui informado, também, das complicações que podem advir do uso destas substâncias.

Confirmo que recebi explicações, comprehendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse.

**PACIENTE** /  **RESPONSÁVEL LEGAL**

Nome: Silviano Dópolo Lisete RG: \_\_\_\_\_  
 Data de nasc.: 28/01/78 Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Cabo de Santo Agostinho, 31 de Setembro de 20 19.

Silviano Dópolo Lisete  
 Assinatura do paciente/representante legal

### Preenchimento Obrigatório Médico

Eu, \_\_\_\_\_, CRM: \_\_\_\_\_, médico responsável pelo esclarecimento do procedimento, prestei todas as orientações necessárias e solicitadas pelo paciente referente ao termo de consentimento informado.

Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de Emergência

Cabo de Santo Agostinho, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.

Terezinha C. Siqueira  
 Assinatura \_\_\_\_\_ MÉDICO \_\_\_\_\_  
 Assinatura \_\_\_\_\_ MÉDICO \_\_\_\_\_

TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

Nome: Severino Koenpes Beite DATA NASC: 28/09/1948  
 REGISTRO: 155949 DATA: 18/10/19 HORA: 13:00  
 SETOR DE ORIGEM: 132.000 SETOR DE DESTINO: 132.000

S	Situação (Enfermagem)	Nível de Consciência: <u>Consciente, orientado, alerta</u> NIV: <u>70</u> <u>PA: 134x95</u> P脉: <u>72</u> Tem: <u>36</u> FR: <u>15</u> Oximetria: <u>98%</u> Padrão respiratório: <input checked="" type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Suporte de O2 <input type="checkbox"/> O2+CO2 <input type="checkbox"/> INB2 <input type="checkbox"/> ITOT <input checked="" type="checkbox"/> Traqueo VM <input type="checkbox"/> Traqueo NEB Intercorrência nas últimas 24h: _____
B	Base do cenário (médico)	Brave relato do caso: _____ Antibiótico profilático: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Antibiótico terapêutico: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Qual: _____ Horário: _____ Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Qual: _____ Prognóstico: <input checked="" type="checkbox"/> Crônico <input type="checkbox"/> Não Crônico Nutrição: <input type="checkbox"/> Jejum <input checked="" type="checkbox"/> Dieta _____
A	Analise (Enfermagem)	Dispositivos invasivos: Cateter central <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim // SVD <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Alergia: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____ Hemoderivados: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Qual: _____ Medicação de uso contínuo: _____ Riscos: <input type="checkbox"/> LPP <input checked="" type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Outros: _____ Grau de Complexidade: <input type="checkbox"/> Crítico <input type="checkbox"/> Semi Crítico <input checked="" type="checkbox"/> Alta dependência <input type="checkbox"/> Intervencionista <input type="checkbox"/> Minimo
R	Comendado (Enfermagem)	Exames Laboratoriais: <input type="checkbox"/> Coletado <input checked="" type="checkbox"/> Não Coletado Qual: _____ Exames de imagem: <input type="checkbox"/> Realizado _____ <input type="checkbox"/> Pendente _____ Curativo: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Local: <input type="checkbox"/> Interno _____ Isolamento: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Qual: _____

Enviado por: Ass. Médico \_\_\_\_\_ Ass. Enfermeiro \_\_\_\_\_  
 Recabido por: Ass. Enfermeiro \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

Nome: Sebastião 10017 10114 Data Nasc: 28/10/1973  
 Registro: 32249 Data: 38/10/19 Hora: 09:40  
 Setor de Origem: VASC Setor de Destino: BC

		Nível de Consciência: <u>Consciente, orientado</u> HGT: _____
S	Situação (Enfermagem)	PA: _____ P脉: _____ Tamp: _____ FR: _____ Oximetria: _____ Pedrão respiratório: <input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Suporte de O2 <input type="checkbox"/> CatO2 <input type="checkbox"/> NIB <input type="checkbox"/> NIV <input type="checkbox"/> Traqueo VM <input type="checkbox"/> Traqueo NIB Intercorrência nas últimas 24h: _____
B	Base do cenário (médico)	Breve relato do caso: _____ Antibiótico profilático: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Antibiótico terapêutico: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____ Horário: _____ Drogas Vasoativas: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____ Prognóstico: <input type="checkbox"/> Crônico <input type="checkbox"/> Não Crônico Nutrição: <input type="checkbox"/> Jejun <input type="checkbox"/> Dieta _____
A	Análise (Enfermagem)	Dispositivos invasivos: Cateter central <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim // SVD? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Alergia: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____ Hemoderivados: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____ Medicação de uso contínuo: _____ Riscos: <input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Eletrite <input type="checkbox"/> Outros: _____ Grau de Complexidade: <input type="checkbox"/> Crítico <input type="checkbox"/> Semi Crítico <input type="checkbox"/> Alta dependência <input checked="" type="checkbox"/> Intermediário <input type="checkbox"/> Mínimo
R	Recomendação (Enfermagem)	Exames Laboratoriais: <input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Não Coletado Qual: _____ Exames de Imagem: <input type="checkbox"/> Realizado _____ <input type="checkbox"/> Pendente _____ Curativo: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Local: _____ Isolamento: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____

Enviado por: Ass. Médico \_\_\_\_\_ Ass. Enfermeiro \_\_\_\_\_ **Ass. Enfermeiro** \_\_\_\_\_  
 Recebido por: Ass. Enfermeiro \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**Ass. Enfermeiro** \_\_\_\_\_

**Ass. Enfermeiro** \_\_\_\_\_

## Resumo de Alta Hospitalar / Orientação Final / Ficha de Esclarecimento

Nome: Levenerno Lopes Ferreira Registro nº 121249  
Idade: 41 Sexo: M Data da Admissão: 17/10/19 Data da Alta: 19/10/19

Diagnósticos Definidos: frat. da TART (C)

Conduta / Procedimentos Realizados: fixação e parafusos  
complacida

Prescrição para o Domicílio: unativo

Informações Complementares:

Programação após Alta Ambulatório de Egresso: SIM  Data da Consulta: 15/11 NÃO

Dr. Marcelo Machado  
Ortopedista - Traumatologista  
CRM 16546

69 ferre

Assinatura do Médico e Carimbo

# RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidade permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Severino Lopes Leite

NÚMERO DO BIMSTRO:

## DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

DATA DO BÍGIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Severino Lopes Leite RG 5775.757

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Paciente sofreu queda de moto com fratura no membro inferior esquerdo ao nível joelho esquerdo. Foi realizada com celosco a e

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA):

com protese metálica com parafusos e fios de metálicos. Rx - C.I.D 582.1

EXISTE ALGUM DEFETO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?  SIM  NÃO

Apresenta lesão 80%

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO POSSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

B A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

## GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

- 1º Fratura membro inferior esquerdo
- 2º com protese metálica no joelho esquerdo
- 3º alta ortopédica e fisioterápica
- 4º
- 5º

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 3-2-2020 A  
E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Vitoria Sts Antas  
LOCAL  
DATA

3-2-2020

ASSINATURA E C.R.E.

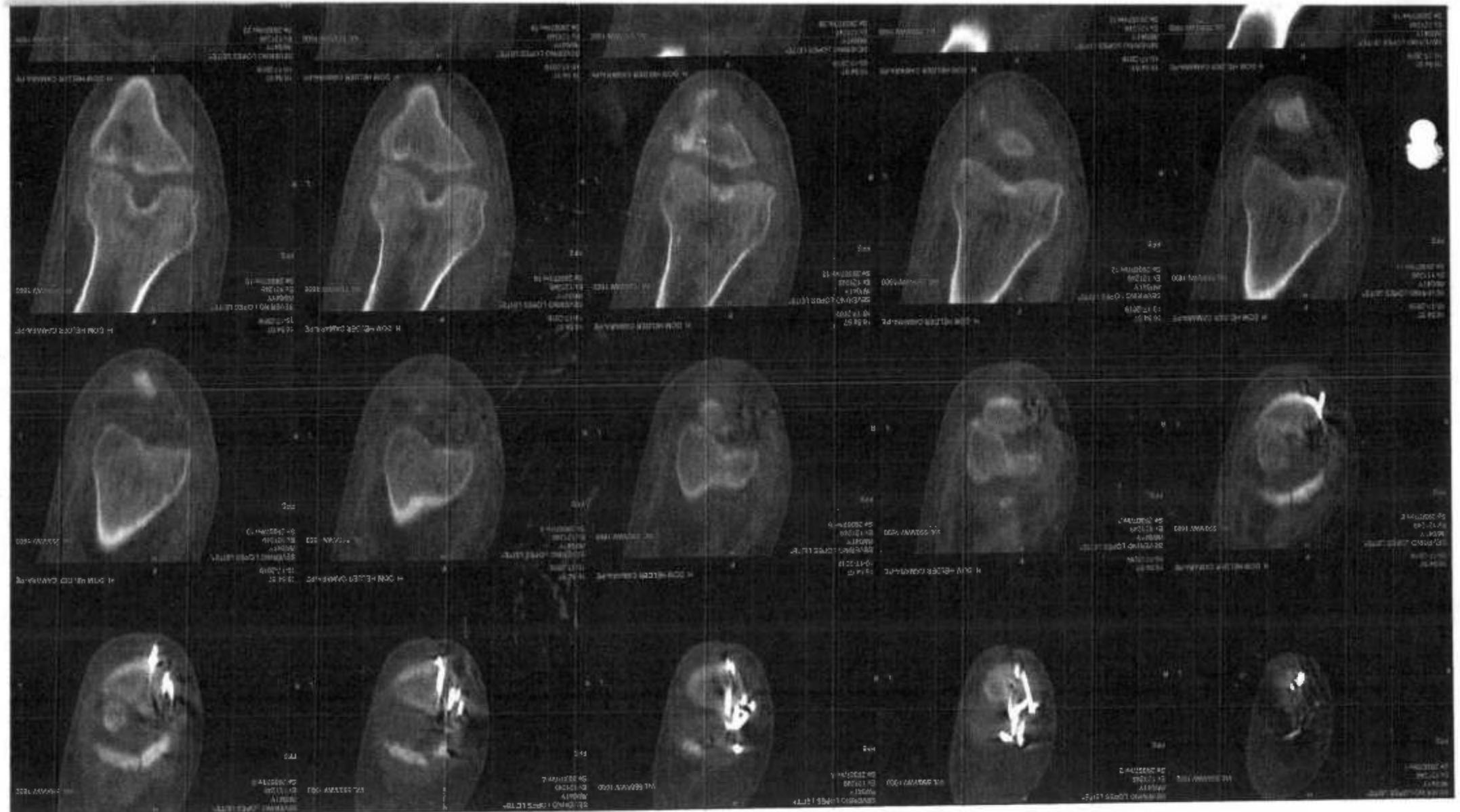
Aquino Brum Rego Vieira  
Médico do Trabalho  
CRM 20071 MF-C224

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA  
NOME: SEVERINO LOPES Leite  
REG: 474249  
DATA: 18 / 10 / 19

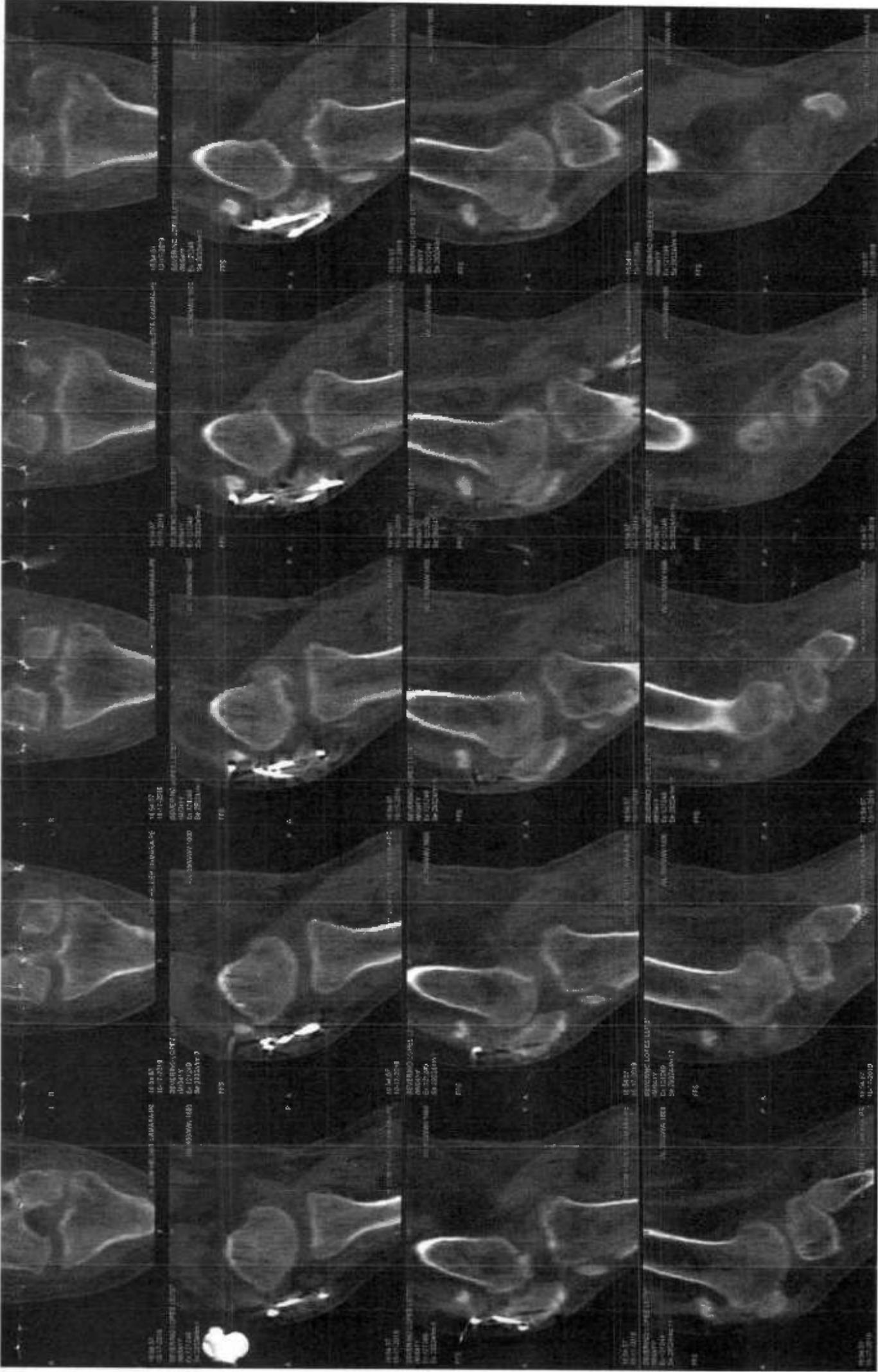
RAKODX

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA  
HOSPITAL DOM HELDER CAMARA  
NAME: Helder Lopes (5775)  
NAME: Helder Lopes (5775)  
REG: 101249  
REG: 101249  
DATA: 10/10/19  
DATA: 10/10/19



DOM HELDER CAMERA

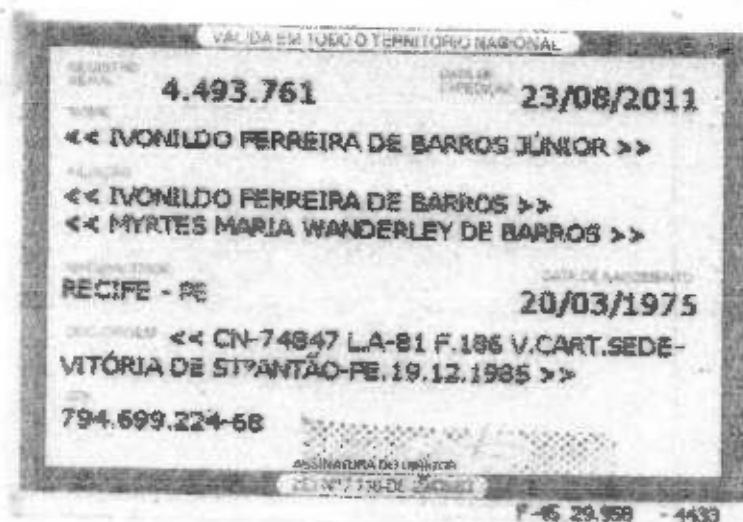












REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETAN-PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
Nº 014959211802  
VEÍCULO: COD. SÉRIE: ANO: EXERCÍCIO:  
1 461718420 \*\*\*\*\* 2019

JOSEFA CORREIA DE AMORIM FALCAO

VIT. STO ANTÃO-PE

174.291.024-68 PLACA: PFP2004

PLACANTUA: 9C2ND0910CR089927

TIPO DE VEÍCULO: COMBUSTÍVEL:  
PAS MOTOCICLETA GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/XRE 300 ANO FABR.: 2012 ANO MODELO: 2012

CATEGORIA: CATEGORIA: CONFISSÃO DOMINANTE:  
29/29ICL PARTICULAR

IPVA 2019: COTA UNICA: PAGAMENTO/COTAS:  
QUITADO 1 2 3

PRÉMIO TARIFÁRIO: IPVA: PREMIO TOTAL: DATA DE PAGAMENTO:  
80.11 0.32 84.58 29/10/19

DESCRIÇÃO: CATEGORIA:  
SEM RESERVA

ROBERTO CARLOS MOREIRA FONTELLES  
VIT. STO ANTÃO-PE DATA: 07/11/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles  
DIRETOR PRESIDENTE DETRAN-PE

SEGURADO: OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, À PESSOAS TRANSPORTADAS, OU NÃO. SEGURO DPVAT

PE Nº 014959211802 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
JOSEFA CORREIA DE AMORIM FALCAO

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

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 922 1204

VIT. STO ANTÃO-PE EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 07/11/19

VEÍCULO: COD. SÉRIE: PLACA:  
1 174.291.024-68 PFP2004

RENAVAM: MARCA / MODELO:  
461718420 HONDA / XRE 300

ANO FABR.: 2012 DATA FABR.: 08  
9C2ND0910CR089927

PRÉMIO TARIFÁRIO: FNS (R\$): CUSTO DO SEGURO (R\$):  
36.05 4.01 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$): TOTAL SER TACO (VALOR R\$):  
4.15 0.32 84.58

PAGAMENTO: DATA DE OUTAÇAO:  
X COTA UNICA PAGUEI 29/10/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT  
CNPJ 22.246.000/0001-04

DESTEQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.  
PUE NAO E DE PORTA ORGANIZATORIO

07-2019

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA SEVERINO LOPES LEITEDATA DO ACIDENTE 12/10/19 CPF DA VÍTIMA 031 171 414 56  
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIORQUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É SEVERINO LOPES LEITEENDEREÇO DO PORTADOR PRAÇA PADRE FELIX BARRETONº 13 COMPLEMENTO LIVRAMENTOCIDADE VITÓRIA BAIRRO PE CEP 55602-360E-MAIL \_\_\_\_\_ TELFONE (81) 98877-6145

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 ALIENCIADA 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, TAISS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

## 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, TAISS 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)
- PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

## 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, ACESSE [WWW.DPVATSEGURADORAOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURADORAOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA \_\_\_\_\_

IDENTIDADE 4493761ASSINATURA IVONILDO FERREIRA JUNIOR

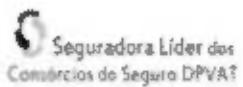
RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

## RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0055300/20

**Vítima:** SEVERINO LOPES LEITE

**Data do acidente:** 13/10/2019

**CPF:** 031.171.414-56

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** SEVERINO LOPES LEITE

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

#### IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR : 794.699.224-68

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

Documentos de identificação

Procuração

#### SEVERINO LOPES LEITE : 031.171.414-56

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

#### Portador da documentação apresentada

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 10/02/2020

Data do cadastramento: 10/02/2020

Nome: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Nome: Josyelli de Oliveira Cabral

CPF: 794.699.224-68

CPF: 054.598.464-55

IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Josyelli de Oliveira Cabral

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE:**

Nome: **SEVERINO LOPES LEITE**  
 Nacionalidade: **BRASILEIRO** Estado civil: **CASADO**  
 Profissão: **AUTOMOTOR**  
 Identidade: **5775 757** CPF: **031 171 414 56**  
 Endereço: **RUA ALTO JOSÉ LEITE N° 46**

DATA DO ACIDENTE: 13/10/19 COBERTURA: INVALIDEZ

**OUTORGADO:**

Nome: **IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR**  
 Nacionalidade: **BRASILEIRO** Estado civil: **SOLTEIRO**  
 Profissão:  
 Identidade: **4.493.761 SSP/PE** CPF: **794.699.224-68**  
 Endereço: **Praça Padre Felix Barreto, nº 13 - Livramento - CEP:55602-360 - VITÓRIA**  
**DE SANTO ANTÃO /PE.**

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.

NOME DA VÍTIMA: SEVERINO LOPES LEITE

VITÓRIA - PE, 11/12/2019  
LOCAL E DATA:

Certório  
José Borba

Severino Lopes Leite  
ASSINATURA DO OUTORGANTE  
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Serviço Notarial e  
Registrarial José Borba

R. Mala Vermelha, 190 - Centro - Vitória de Santo Antão/PE  
CNPJ: 11.312.383/0001-63 - Tel.: (PE) 3523-0074  
E-mail: [certoriojoseborba@gmail.com](mailto:certoriojoseborba@gmail.com)

Reconheço por autenticidade a firma indicada de  
**SEVERINO LOPES LEITE**  
que confere ci o poder rég nsta serventia. Dou fé.  
Vitória de Santo Antão, 11 de dezembro de 2019.  
Em test<sup>o</sup> de verdade  
**JOSE ANIBAL DE SOUSA BORBA (ESCREVENTE  
AUTORIZADO)**

Emol: R\$ 3,39 TSNR: R\$ 1,62 Total: R\$ 4,91  
Selo 0073577 FSJ11201902.03278

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



Severino Lopes Leite  
Escrivente Autorizado  
523-0074

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0055300/20

**Vítima:** SEVERINO LOPES LEITE

**CPF:** 031.171.414-56

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 13/10/2019

**Titular do CPF:** SEVERINO LOPES LEITE

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR : 794.699.224-68

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

### SEVERINO LOPES LEITE : 031.171.414-56

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/02/2020  
Nome: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR  
CPF: 794.699.224-68

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/02/2020  
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral  
CPF: 054.598.464-55

IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Josyelli de Oliveira Cabral

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200067939      **Cidade:** Glória do Goitá      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SEVERINO LOPES LEITE      **Data do acidente:** 13/10/2019      **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA TUBEROSIDADE ANTERIOR DA TIBIA DO JOELHO ESQUERDO.

**Descrição do exame físico:** LIMITAÇÃO LEVE DA EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO (APROX 20 GRAUS DE REDUÇÃO) E MODERADA DA FLEXÃO (APROX 90 GRAUS). MARCHA CLAUDICANTE, MAS SEM APOIO. CICATRIZES SOBREPOSTAS NA REGIÃO ANTERIOR DO JOELHO ESQUERDO E PREGRESSA NA REGIÃO LATERAL DA COXA.

**Resultados terapêuticos:** CONSOLIDAÇÃO TOTAL DA FRATURA DA TAT COM BOA REDUÇÃO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO JOELHO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 02/03/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** VITIMA PORTADORA DE SEQUELA MAIS GRAVE NO JOELHO E COXA ESQUERDA POR TRAUMA ANTERIOR COMPROVADO NAS RADIOGRAFIAS.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

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