

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA

PROFISSÃO:

ANAMNESE DE ENFERMAGEM

HORÁRIO:

TIPO

ALERTA/ORIENTADO ☐LETARGICO ☐OBNUBILADO ☐TORPOROSO ☐COMATOSO ☐OUTROS ☐

HISTÓRIA PREGRESSA

☐ DIABETES☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL☐ CARDIOPATIA☐ AVC☐ OUTROS:

QUAIS:

ALERGIAS / INTOLERÂNCIA

SIM ☐NÃO ☐

QUAIS:

MEDICAMENTO EM USO

SIM ☐NÃO ☐

QUAIS:

SINAIS VITAIS

Glicose

Pressão Arterial

Frequência Cardíaca

Temperatura

Frequência Respiratória

Saturação de Oxigênio

Peso

 mg/dl / mmHG bpm °C irpm % kg

RISCO:

VERMELHO ☐AMARELO ☐VERDE ☐AZUL ☐

OBSERVAÇÃO:

Ass. Enfermeiro(a) / Carimbo

ATENDIMENTO MÉDICO

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

EVOLUÇÃO MÉDICA

REGISTRO DE ENFERMAGEM

Às 09:50 por 950ml SFO, 9% + 02 AX. *[assinatura]*
de transição EV. *[assinatura]*

CCO. PRQ

2571

01

CCO. PROCC

2560

01

HORÁRIO DE SAÍDA:

Assinatura e Carimbo

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTEIRA DE IDENTIDADE



Jose Wilame da Silva

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.548.205-2 2.VIA

DATA DE
EXPIRAÇÃO 14/01/2020

NOME JOSE WILAME DA SILVA

FILIAÇÃO MARIA GENTILMA DA SILVA

JOSE RIVALDO DA SILVA

NATURALIDADE

BRASILEIRO

DATA DE NASCIMENTO

03/06/1991

DOC ORIGINAL CT. NACELIM.

1107260155199110001359100033476

CART. OFIC. IMI. DIST. COM DE GRACINDO CRICIÚBA-SC

CPF 858.321.285-67

Assinado digitalmente por
Jenilson de Jesus Gomes
Diretor de Registro de Identificação de Seguros

LEI Nº 7.116 DE 2006 (RDC)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0165996/20

Vítima: JOSE WILAME DA SILVA

CPF: 858.321.285-67

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 07/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE WILAME DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA : 020.003.675-00

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

JOSE WILAME DA SILVA : 858.321.285-67

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 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: 16/06/2020
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/06/2020
Nome: JOSE MARINO GOYA ARAUJO
CPF: 221.365.090-04

JOSE MARINO GOYA ARAUJO