



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0147247/20

**Número do Sinistro:** 3200189226

**Vítima:** IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS

**CPF:** 104.338.094-93

**Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 04/12/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

**IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS : 104.338.094-93**

Autorização de pagamento

## 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: 06/07/2020  
Nome: IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS  
CPF: 104.338.094-93

IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/07/2020  
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA  
CPF: 117.852.524-45

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADANIA  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO  
 CENTRO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

**1421286992**  
 VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

**1421286992**  
 PROIBIDO PLASTIFICAR

**JEAN JOSEMARIO DOS SANTOS**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
**8911226 SDS PE**

CPF / DATA NASCIMENTO  
**104.338.094-93 / 26/08/1991**

FILIAÇÃO  
**JOSEMARIA MANOEL DOS SANTOS  
 MARISTE MARIA DA SILVA**

PERMISSÃO / ACC / CAT. HAB.  
**0000000000 / 0000000000 / 00**

Nº REGISTRO / VALIDADE / HABILITAÇÃO  
**05452068894 / 09/02/2012 / 17/05/2012**

OBSERVAÇÕES  
 sem observações

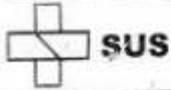
*João Francisco dos Santos*  
 SECRETÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO

LOCAL / DATA EMISSÃO  
**CARUARU - PE / 09/02/2012**

*Osório André de Sousa Ribeiro*  
 SECRETÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO  
 16095044540 / PE077509412

**PERNAMBUCO**

CO. PREVIDÊNCIA SIA  
 25 MAI 2020  
 COLO  
 PREVIDÊNCIA RECIFE



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

2 - CNES

2427419

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HRA

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Leonor Benvenuto da Santos

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

350174

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7107410210834811478

8 - DATA DE NASCIMENTO

26/08/91

9 - SEXO

Masc.  1

Fem.  3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

marizete m. da Silva

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

DDD 81981815609

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

DDD 81981815609

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Vila Nova do Recife 3. And

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

São Joaquim do Monte

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

2613305

18 - UF

PE55640009

19 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Politrauma, evoluí com pentonite  
0407010238/4.313/5d  
0407030123/5360/5d

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de cirurgia

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame físico.

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Trauma Abdominal

24 - CID 10 PRINCIPAL

S361

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

internamento

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0411510310013

29 - CLÍNICA

cirurgia

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

urgência

31 - DOCUMENTO (CNS/CPF)

29838467847

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

marcel f. m. Pevo

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

04/12/19

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

PE-40-C04

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

PROCOLO  
AGENCIA RECIFE

262010384105-8

48 - DOCUMENTO (CNS/CPF)

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Waldenir Soares da Silva  
CRM 7169

25 MAI 2020



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HRA

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Sra. Soraia Joremiões da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

350574

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

70240210813483478

8 - DATA DE NASCIMENTO

26/08/91

9 - SEXO

Masc.  1

Fem.  3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Maurício M. A. Silva

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

DDD

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

"/ / / / / / / / / / / / / / / /

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

DDD 819 8181 5669

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Vila Barra do Riacho 3 - Paul

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

São Joaquim do Monte

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

2513305

18 - UF

PE

19 - CEP

55561000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente submetido para retirada de compressas em região de lesão hepática, rubor - prêmica esquerda e direita.

0407030140/5361/6d  
0407040250/K658/5d

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Paciente no 3º DPO LE + Explanetomia + controle de danos de lesão hepática + pancreática (8 compressas) + drenagem conservadora.

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

S861

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - CLÍNICA

Ute

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0415030013

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Alex Ricart

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

07/12/19

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Alex Beral  
Cirurgião Geral  
CRMPE 25808

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

45 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

43 - CNES DA EMPRESA

44 - CBOR

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

PE-40-034

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

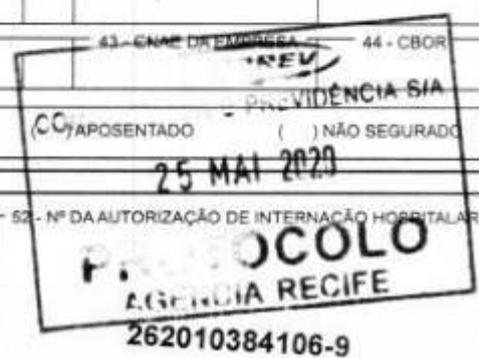
48 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Waldemir Soares da Silva





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HRA

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Soares Joemário da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

350374

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7107402083481478

8 - DATA DE NASCIMENTO

28/08/91

9 - SEXO

Masc.  1 Fem.  3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Margot Maria da Silva

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

819 81815463

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Vila Barra do Riacho zona Rural

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Joazeiro do Monte

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

2613305P

18 - UF

PE

19 - CEP

55670000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de trauma abdominal fechado. No 16º DPO de uma lesão paraduodenal esplênica + DC + TC + referida de compressão. Evolui com pancreatite traumática, febre persistente, sinais de necrose purulenta em ferida operatória.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

clínica + exames complementares

0407040188/K660/6d  
0412040166/S272/5d

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

TAC ABDOME TOTAL COM CONTRASTE

7407 04 0030/T814/5d

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Trauma abdominal fechado

24 - CID 10 PRINCIPAL

S272

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Emergência

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0415030013

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

23/12/19

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

PE-40-004

48 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Waldenito Soares da Silva



262010384107-0

# HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



## 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

**Atendimento:** 567873 **Prontuário:** 350174  
**Nome:** IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS  
**Data Nasc.:** 26/08/1991 **Idade:** 28 **Sexo:** MASCULINO **Cor:** PARDA **Religião:**  
**CPF:** **RG:** **CNS:** 707402083481478  
**Endereço:** VILA BARRA DO RIACHAO **Nº:** 0  
**Bairro:** ZONA RURAL **Cidade:** SAO JOAQUIM DO MONTE **Estado:** PE  
**CEP:** 55670000 **Fone:** 81815469 **Profissão:**  
**Nome da Mãe:** MARIZETE MARIA DA SILVA  
**Acompanhante:**  
**Motivo do Atendimento:** ATT COM MOTOCICLETA  
**Clinica:** CIRURGIA GERAL

## 2 - ATENDIMENTO Data: 04/12/2019 06.48 **Médico:** MEDICO PLANTONISTA

**Queixa Principal / HDA:** *paciente vítima de lesões com, em queixa em Torax, Abdome e Mandíbula, Nega perda de consciência, Per lacto Vesum.*

**Exame Físico:** *A: Voz clara, satura 98%, Pulso 98, PA: 120/70, FC: \_\_\_\_\_, FR: \_\_\_\_\_  
 Sinais de trauma  
 B) Membros superiores bilaterais  
 C) PA 12/17, Pulso cheio, Abdome doloroso à parte Sinais de trauma  
 D) Glândulas, Fígado, Rins  
 E) Sinais vitais*

**Diag. Provisório:** *1/TC de tórax, Torax e Abdome*

*Politemia*

Dr. David Christian  
 Médico Cirurgião Geral  
 CRM-PE: 23471

<b>Prescrição:</b>	<b>Dieta:</b> _____	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 0 auto;"> </div>
<b>Data:</b>		
04/12/2019	PA = 130x70 SatO <sub>2</sub> = 98% FC = 97bpm # Curativo geral #	
04/12/19 05:20h	Chego ao plantão e encontro paciente em sala vermelha queixando de dor abdominal intensa tipo de hemorragia. Paciente com FC: 120bpm PA = 120 x 70 - Hg Abdome doloroso difusamente com ruídos intestinais (DB (+) depresso) Bacia abnorme Tórax: mv (+) bilobulado S/RA. FIS, PIR, S/defeitos focais.	



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE  
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

BMT Chamado ao BC para  
04/12/18 avaliação de paciente vítima  
10:20 de acidente de trânsito. Paciente  
entulhado em pontos acima do nível.  
Apresenta ferimento contuso em nariz  
Exame clínico de ferimento apresentado  
pelo lado sup.  
CONCLUSÃO: Ferimento de ferimento.  
Piorias posteriores

T. ferimento contuso  
pontos acima do nível

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

( ) Paciente ( ) Familiar

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

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

Endereço: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura

Autorização de Procedimento

( ) Paciente ( ) Familiar

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

Endereço: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

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

REV  
PREVIDÊNCIA SIA  
CO.  
Assinatura 2020  
25 MAI 2020  
JCOLO  
IA RECIFE

Diag. Definitivo: \_\_\_\_\_

Destino do Paciente

( ) Alta ( ) Cirurgia ( ) Óbito ( ) Evadiu-se ( ) Termo de Alta a Pedido  
( ) Transferência: \_\_\_\_\_ ( ) Internamento \_\_\_\_\_

Condição de Alta

( ) Curado ( ) Melhorado ( ) Inalterado ( ) Óbito

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

10

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: Zenas Germano dos Santos

Nº do Registro: 350174

Clínica: B - Cirurgia Geral

Nº do Leito:

Operador: Dra. Monah Fabrik Mendes Porto

1º Assistente: Dr. Traço

2º Assistente: Dr. Wenderson (R.)

Instrumentador:

Anestesista: Dra. Priscila

Anestesia: Geral

Duração:

Data da Operação: 04/12/19

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório: Trauma Abdominal Fechado

Diagnóstico Pós-Operatório: Laceração hepática + laceração esplênica +

lesão contusa de corpo de cabeça e pinos com

Operação Proposta: UE laceração em cda perineurais,

laceração do músculo em piloro

Operação Realizada: A mesma + hemostase com fulguração de vasos hepáticos + esplenectomia + laceração de vasos com 3 Congressos.

## DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

RECIBO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS  
 CO. 25 MAI 2020  
 JCOLO  
 ATIVIDADE REGIFE

- 1) Assepsia + antissepsia + colocação de campos estéreis
- 2) Incisão média supra e infra umbilical e disseção por planos até cavidade abdominal
- 3) Incentivo: hemostáticos aderentes, laceração hepática junto ao ligamento falciforme e segmento II/III, laceração esplênica junto ao hilo, laceração de camada seromuscular em piloro, hemostase em rede conduta dos splênicos e mesocólon transverso, lesão contusa de cabeça e corpo de pinos com laceração em cda perineurais
- 4) Realizada esplenectomia com ligadura de vasos do hilo esplênico e gástrico com algodão
- 5) Eleb-fulguração hepática e ligadura de vasos entre hepáticos em laceração junto ao ligamento falciforme (cabeça gástrica)
- 6) Sutura da laceração de camada seromuscular em piloro com prolene 3-0
- 7) Realizado manobra de Cotrel e

e Kocher - não vascularizado lesão duplamente ⑨ Cordões  
alças de delgado e ovalado colares ascendente, transversos,  
descendente, sigmoide, cava e reto - sem lesões; liníge-  
ras sem lesões; ausência de benção retroperitoneal em  
zonas II e III. ⑩ Devido a permissão de sangramento  
hepático e retrocavidade dos splênos, optado por enge-  
camentum com congrietas → 2 subfrenicas ⑤, 2  
subfrenicas ⑥, 1 infra-hepática, 1 cava lesão junto a  
ligamento falciforme e 2 em retrocavidade dos splênos  
(8 congrietas). ⑪ Sutura da gônada com nylon 1.2  
Sutura da pele q nylon 30



**SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS**  
**HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE**

567994

REG: 350574 BLOCO CIRURGICO AT ~~00000000~~

PACIENTE: Izaias Formoso dos Santos REGISTRO Nº 342045

SALA CIRURGICA Nº 04 DATA 07/12/19

CIRURGIA: L.E. de Retirada de Comprom. CIRURGIÃO: Paulo Porto

ANESTESIA: Ciral ANESTESIOLOGISTA: Thales Portela

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
TX	Oxigênio				Agulha Descartável		
	Água Destilada				Agulha para Pendura		
	Atropina				Agulha para Raqui		
	Bupivacaína				Atadura Gessada		
	Cefazolina 1g				Atadura Crepom		
	Clonidina				Cateter para Oxigênio		
	Dezametasona 4mg				Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
	Dipirona				Coletor de Urina Fechado	03	
	Etilefrina				Dreno		
	Glicose 50%				Eletrodo p/ Monitorização	05	
	Lidocaina				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida				Equipo para Soro		
	Neostgmina				Fio Cat Gut Cromado 1		03
	Prometazina				Fio Gat Gut Simples		
	Ranitidina				Fio de Aço		
	Ringer co Lactato				Fio de Algodão		
04	Soro Fisiológico				Fio de Nylon 3.0	07	07
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estriol				Gase 7,5x7,5	30	
	Tenoxican				Lâmina de Bisturi	24	02
01	Pancreonico				Luvás Estéreis 7,0		
02	Bolsa de Caracaia				Luvás Estéreis 7,5	04	
					Luvás Estéreis 8,0		
					Seringa 5ml	01	
					Seringa 10ml	01	
					Seringa 20ml		
					Sonda de Folev	22	01
					Sonda Endotraqueal		
					Sonda Nasogástrica		
					Sonda Uretal		
					Tubo para Aspiração	02	
					Complexa PTC 15		01
					Dreno de Penrose 3		02
					Dreno de Penrose 4		02
					FIO de Cateter	3	02
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

PROVIDENCIA SIA

25 MAI 2020

COLO

LA RECIFE

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia

Assinatura Limpa  
da Geral  
21199



## SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS

AT: 567994

Clínica: Cirurgia Geral

REG.: 350174

Operador: Dr. PAULO PORTO

1º Assistente: Dr. WENDSTEYNE LIMA(MR1)

2º Assistente: Dr. ISSAC JÚNIOR

Instrumentador: ~~Dr. Bruno Duarte (MR1)~~

Anestesista: Dra. TALES PORTELA

Anestesia: Geral

DATA: 07/12/2019

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-operatório: LE + Esplenectomia + Controle de danos de lesão hepática e Pancreática (8 compressas) + drenagem cavitária

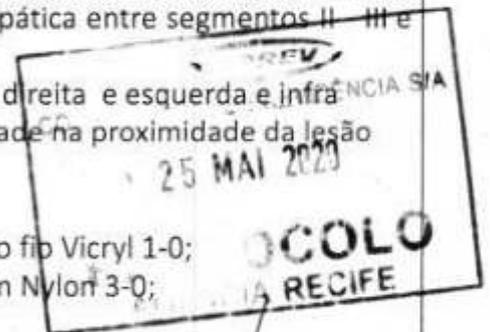
Diagnóstico Pós-operatório: LE com retirada de compressas + Toaleta cavitário + Drenagem cavitária

Operação Proposta: LE com retirada de compressas + Toaleta cavitário + Drenagem cavitária + síntese de parede abdominal

Operação Realizada: a mesma

## DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. Paciente em decúbito dorsal sob anestesia geral;
2. Assepsia e antisepsia + aposição de campos cirúrgicos estéreis;
3. Abertura de pontos da pele e da aponeurose com tesoura;
4. Achados: Presença de importante quantidade de secreção biliar em cavidade abdominal após abertura de aponeurose, com presença de partículas fibrinosas produto de degradação por enzimas pancreato-biliares. Fígado sem sangramento ativo e apresentando bilioma subcapsular não roto;
5. Realizado: Lavagem exaustiva da cavidade abdominal com soro fisiológico morno e retirada de compressas em região de loja hepática, Sub-frênica esquerda e direita, bem como na retrocavidade, perfazendo um total de 08 compressas. Rompimento de bilioma com aspiração de seu conteúdo e sutura de laceração Hepática entre segmentos II, III e IV de Couinaud com Catgut 1.
6. Aposição de drenos túbulo laminares em região subfrênica direita e esquerda e infra-hepática direita próxima à lesão suturada, e em retrocavidade na proximidade da lesão pancreática;
7. Revisão da hemostasia;
8. Fechamento de aponeurose em pontos contínuos utilizando fio Vicryl 1-0;
9. Fechamento da pele em pontos descontínuos à Donatti com Nylon 3-0;
10. Curativo.



Dr. Paulo Porto  
Cirurgia Geral  
C.R.C. 2.199

**SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS**  
**HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE**

Atend 567994

Início 09:00hs BLOCO CIRÚRGICO Termino 12:45h  
 PACIENTE: Zaia Josemarino dos Santos REGISTRO Nº 350174  
 SALA CIRÚRGICA Nº 06 DATA 01/12/19  
 CIRURGIAS: Laparotomia Exploradora + CIRURGIÃO: Dr. Menah + Dr. Thiago César  
esplenectomia  
 ANESTESIA: Genal ANESTESIOLOGISTA: Dia Brucila

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
<input checked="" type="checkbox"/>	Oxigênio		-	25x07	Agulha Descartável 25x07	01	06
<input type="checkbox"/>	Água Destilada		04		Agulha para Pendura		
<input checked="" type="checkbox"/>	Atropina		03		Agulha para Raqui		
	Bupivacaína				Atadura Gessada		
	Cefazolina 1g <u>leftua zona discreta</u>				Atadura Crepom n. 10		02
	Clonidina				Cateter para Oxigênio		01
	Dezametasona 4mg		01		Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco			1	Coletor de Urina Aberto		01
	Dipirona			1	Coletor de Urina Fechado		01
	Etilefrina		01	1	Dreno <u>perrose n. 4</u>		01
	Glicose 50%			1	Eletrodo p/ Monitorização		05
	Lidocaina			1	Equipo para Sangue		02
	Metoclopramida		01		Equipo para Soro		
	Neostgmina				Fio Cat Gut Cromado		
	<del>Prometazina</del> <u>Furosemida</u>		01		Fio Gat Gut Simples		
	Ranitidina			1	Fio de <del>3,0</del>		01
	Ringer co Lactato			1	Fio de Algodão 0		02
<input checked="" type="checkbox"/>	Soro Fisiológico		02	<input checked="" type="checkbox"/>	Fio de Nylon 3,0		05
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno 3,0		01
	Succinato de Estriol			<input checked="" type="checkbox"/>	Gase 7,5x7,5		15
	Tenoxicam			1	Lâmina de Bisturi n. 24		02
	<u>usaracim</u>		02	1	Luvas Estéreis <del>6,5</del>		02
	<u>sevofurano</u>		01	<input type="checkbox"/>	Luvas Estéreis 7,5		03
	<u>propofol</u>		01	<input type="checkbox"/>	Luvas Estéreis 8,0		04
	<u>suamtelomo</u>		01	1	Seringa 5ml		02
	<u>luvas de procedimento</u>		10	<input checked="" type="checkbox"/>	Seringa 10ml		05
	<u>lidocaina gelida esteril</u>		01		Seringa 20ml		
	200ml alcool a 70%		-	1	Sonda de Foiev n. 16		01
	200ml floxidina degormante		-	1	Sonda Endotraqueal n. 7,5		01
	<u>esparachapo</u>		01	1	Sonda Nasogástrica n. 20		01
	<u>Fio algodão 3,0</u>		01	1	Sonda Uretal n. 14, 22		02
	<u>curaspono</u>		01	1	Tubo para Aspiração		01
	<u>fio de vicryl 1,0</u>		02	1	filtro		01
	<u>cateter para subclavia</u>		01	1	traqueia		01
	<u>lidocaina gelida esteril</u>		01	1	borracha cláster		03
					<u>Tudo compreendido</u>		15
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

25 MAI 2020  
 CATETER PARA SU...  
 C/DIGO: CTT20BN LOTE: 33670  
 REG. ANVISA: 10196320019  
 FAB. POR BIOMEDICAL E.P.M.C. LTDA  
 www.biomedical.ind.br  
 13944 - 5555  
**COLO**  
 A RECIFE

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia



COOPERATIVA DOS MÉDICOS ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PE

# FICHA DE ANESTESIA

Nº 05304 VALOR

NOME: Jaiz Jesuino dos Santos REGISTRO: 350774 CATEGORIA: SUS  
 HOSPITAL: E.S. Bom Jesus SEXO: M COR: B IDADE: 28 HORÁRIO: 09h DATA: 04/12/19

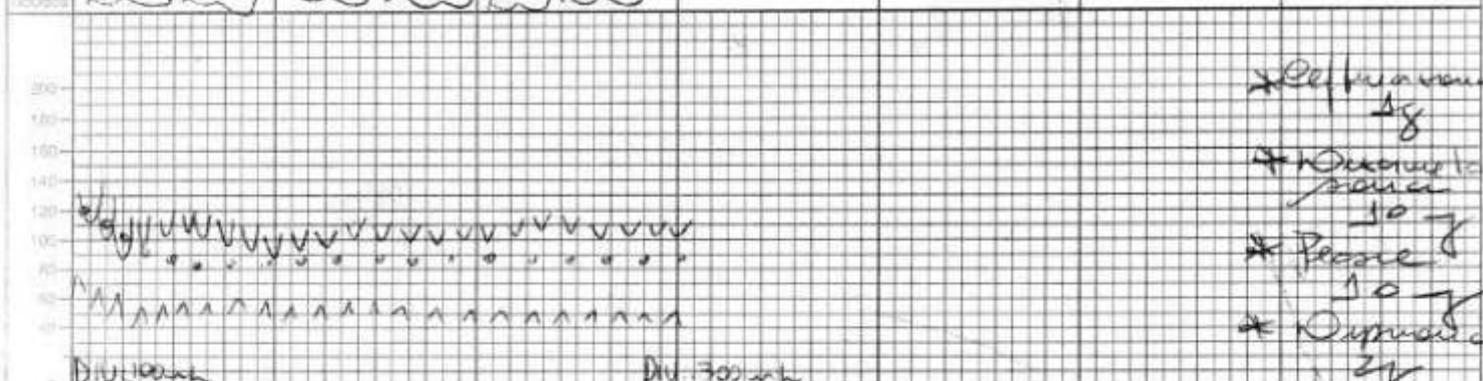
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Trauma Abdominal Fechado  
 PESO: 70 Kg PA: 113 x 78 FC: 120 BPM RESPIRAÇÃO: 24 TRPM ASA: I-E

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O mímico + lesão de base, fígado e embacia de pâncreas  
 CÓDIGO CIRURGIA: 3100703-1 PORTE: 4 J100

OPERAÇÃO PROPOSTA: Laparotomia exploradora

OPERAÇÃO REALIZADA: A mímico + eleprofulguracao de lesão hepática + esplenectomia + cirurgia de embacia de duodeno

09h	10h	11h	12h	→ p.1 monitoragem e 148-72L				
SpO2%	100	99	99	100	100	100	99	100
ECG%	42	40	39	39	38	39	40	39
Uso de drogas	5F	5D4	5F	5CA	5F	5CA		



DIURIA: Div. 300 ml  
Adm. de 40ml (normal) Gamme no dia hospital com uma 1/1 percutânea. Não medicação, AP de contabilidade ou uso contínuo de medicações. Faltou no hospital e do midato e cetamina.

AGENTES	CONC	QUANTIDADE	TECNICA ANESTÉSICA
1) Propofol		80 mg	Pre-derivado Mac pré- <sup>INDICIA SIA</sup>
2) Fentanil		150 mcg	F102100/1 inducao 'c1' ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺
3) Propofol		150 mg	107,5 euff VMLSSF uncauda ⑤ de do, intubado para VIT.
4) Sufentanil		70 mcg	
5) Sevoflurano			

DURAÇÃO DA OPERAÇÃO: 2h DURAÇÃO DA ANESTESIA: 2h10'

CARDIOSCÓPIO  CAPNÓGRAFO  PVC   OXÍMETRO  S. VESICAL  TEMPERATURA   PNI  LINHA ARTERIAL  MONITOR DO ESTADO CEREBRAL

ENCAMINHADO:  ACORDADO  ADORMECIDO  INOLENTO  CURADO

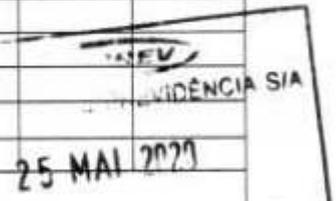
DESTINO:  UTI  QUARTO

**SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS**  
**HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE** (Atencl. 521559)

**BLOCO CIRÚRGICO**

PACIENTE: IZAIAS JOSE MARIO dos santos REGISTRO Nº 350174  
 SALA CIRÚRGICA Nº 06 Respet + Drenagem TOTAL + Curativo + Curativo DATA 23/12/19  
 CIRURGIAS: lap. exploratório + limpeza CIRURGIÃO: Dr. Paulo Porto, Wendsteyne  
 ANESTESIA: geral ANESTESIOLOGISTA: Dr. Raoni

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
<u>su</u>	Oxigênio			<input type="checkbox"/>	Agulha Descartável <u>25x7</u>		
<u>1</u>	Água Destilada			<u>1</u>	Agulha para Pendura <u>40x12</u>		
	Atropina				Agulha para Raqui		
	Bupivacaína				Atadura Gessada		
	Cefazolina 1g				Atadura Crepom		
<u>01</u>	Clonidina			<u>01</u>	Cateter para Oxigênio		
<u>01</u>	Dezametasona 4mg				Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
	Dipirona			<u>01</u>	Coletor de Urina Fechado		
	Etilefrina			<u>01</u>	Dreno <u>TONOX Nº 32</u>		
	Glicose 50%			<u>05</u>	Eletrodo p/ Monitorização		
<u>01</u>	Lidocaina <u>sl/leso</u>				Equipo para Sangue		
<u>01</u>	Metoclopramida			<u>01</u>	Equipo para Soro		
<u>03</u>	Neostgmina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Gat Gut Simples		
	Ranitidina			<u>1</u>	Fio de Aço <u>Polene 0</u>		
	Ringer co Lactato			<u>1</u>	Fio de Algodão <u>3-0</u>		
<u>1/1</u>	Soro Fisiológico			<u>1/1</u>	Fio de Nylon <u>2-0</u>		
	Soro Glicosado			<u>1</u>	Fio de Polipropileno <u>4-0</u>		
	Succinato de Estriol			<u>1/1</u>	Gase 7,5x7,5		
	Tenoxican			<u>01</u>	Lâmina de Bisturi <u>1224</u>		
<u>01</u>	<u>Quelicim</u>			<u>1</u>	Luvas Estéreis 7,0		
<u>1</u>	<u>propofol</u>			<input type="checkbox"/>	Luvas Estéreis 7,5		
<u>01</u>	<u>Umbrelol</u>				Luvas Estéreis 8,0		
<u>1</u>	<u>Paracetamol</u>				Seringa 5ml		
					Seringa 10ml		
					Seringa 20ml		
				<u>01</u>	Sonda de Foiey <u>1216</u>		
				<u>01</u>	Sonda Endotraqueal <u>1275</u>		
<u>02</u>	<u>gase de colostomia</u>			<u>01</u>	Sonda Nasogástrica <u>1250</u>		
<u>1/1</u>	<u>compressas e/05</u>			<u>01</u>	Sonda Uretal <u>1214</u>		
<u>01</u>	<u>equipo transiluminador</u>			<u>1</u>	Tubo para Aspiração		
<u>02</u>	<u>extorç. p/ drenagem</u>			<u>su.</u>	<u>Elohex drg.</u>		
<u>02</u>	<u>meio peritoneal 1203</u>			<u>1</u>	<u>calcocala 1201</u>		
<u>02</u>	<u>Sonda Foley 1222</u>			<u>1</u>	<u>esparadrapo</u>		
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

  
 COLO RECIFE  
 COLEÇÃO SIA  
 25 MAI 2020

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Maria José S. Teixeira  
 Téc. de Enfermagem  
 COREN-PE 364.542

Assinatura do Cirurgião  
 Dr. Wendsteyne Lima  
 Médico

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 304.338.094-93 4 - Nome completo da vítima: Izaías Josemarino dos Santos

**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012**

5 - Nome completo: Izaías Josemarino dos Santos 6 - CPF: 304.338.094-93  
7 - Profissão: Recusante 8 - Endereço: Rua Barrada Riachão 9 - Número: 270 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: Sítio Barra do Riachão 12 - Cidade: São Joaquim do Monte 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55670-000  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Telefone: (81) 9258-3087

**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:**

RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

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: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:    CONTA:    AGÊNCIA:    CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder 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 Líder 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 Civil)  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), informe o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (se nasceu)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem nesta 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 299 do Código Penal.

34 - (Inscrição) legível da vítima ou beneficiário não alfabetizado: \_\_\_\_\_  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, São Joaquim do Monte, 06/04/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Izaías Josemarino dos Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_

43 - Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200189226 **Cidade:** Agrestina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS **Data do acidente:** 04/12/2019 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 07/07/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA ABDOMINAL FECHADO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAPAROTOMIA EXPLORADORA - ESPLENECTOMIA). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** AUSÊNCIA CIRÚRGICA DO BAÇO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** PERDA ANATÔMICA INTEGRAL DO BAÇO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** P6/9/10

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 integral (retirada cirúrgica) do baço	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
<b>Total</b>			<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0147247/20

**Número do Sinistro:** 3200189226

**Vítima:** IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS

**CPF:** 104.338.094-93

**Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 04/12/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

**IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS : 104.338.094-93**

Autorização de pagamento

## 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: 06/07/2020  
Nome: IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS  
CPF: 104.338.094-93

IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/07/2020  
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA  
CPF: 117.852.524-45

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA

---

**Rio de Janeiro, 26 de Maio de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200189226**

**Vítima: IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 04/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS**

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



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3100189226 3 - CPF da vítima: 10433809493 4 - Nome completo da vítima: João Josémarão dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: João Josémarão dos Santos 6 - CPF: 10433809493  
 7 - Profissão: reusou-se 8 - Endereço: Rua Barra do Riachão 270 9 - Número: 270 10 - Complemento:  
 11 - Bairro: St Barra do Riachão 12 - Cidade: São Joaquim do Monte 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55670.000  
 15 - E-mail: 83 992583087 16 - Tel.(DDD): 83 992583087

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:  
 RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

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: Itaú  
 AGÊNCIA: 7226 CONTA: 20810 1  
(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT 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 Líder 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 Civil)  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 teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Ascensão (variação)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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, sem a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)  
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)  
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: JOÃO JOSÉMARÃO DOS SANTOS  
 CPF: 10433809493  
 Assinatura da testemunha: JOÃO JOSÉMARÃO DOS SANTOS  
 39 - 2ª | Nome: JOÃO JOSÉMARÃO DOS SANTOS  
 CPF: 10433809493  
 Assinatura da testemunha: JOÃO JOSÉMARÃO DOS SANTOS

40 - Local e Data: São Joaquim do Monte - PE, 06/07/2029  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): João Josémarão dos Santos  
 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)  
 43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PRF

# BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 20001478B01



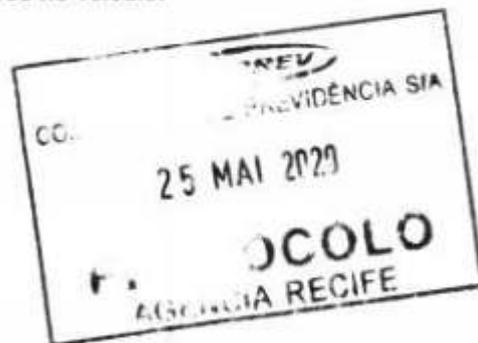
Maiores dúvidas acesse: [www.prf.gov.br/portal](http://www.prf.gov.br/portal)



Para cópia do seu Boletim acesse o sítio: [www.prf.gov.br/novobat](http://www.prf.gov.br/novobat) /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



**Atenção:** As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) **Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.**



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ROMÃO MARCILIO, matrícula 1515324, Policial Rodoviário Federal, em 09/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º do Decreto Nº 8.538, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20001478B01 e o número de controle EA49F8D68FC6FE3D70094850AAB942.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 20001478B01

### INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 04/12/2019 Hora: 05:45 Município: AGRESTINA/PE  
BR: 104 KM: 78,3 Sentido: Decrescente  
Policial responsável pelo atendimento: ROMAO MARCILIO, 1515324  
Relatório confeccionado com base no processo administrativo nº: 08654023219201912

### ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Simples	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Não
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Não
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Pleno dia

### IMAGENS PANORÂMICAS - SEM IMAGEM

### NARRATIVA

Conforme informações contidas em requerimento do processo SEI 08654.023219/2019-12, no dia 04/12/2019, por volta das 05h40 hs, no km 78 da BR 104, na subida da Serra da Quitéria, em Agrestina-PE, ocorreu um acidente do tipo colisão traseira com dois feridos. Os veículos envolvidos foram: a motocicleta Honda CG 150 (V1) e um veículo não identificado (V2). Relata o requerente que ele seguia como passageiro em V1 no sentido (Caruaru). Ao chegar na Serra da Quitéria, encontrou uma fila de veículos em marcha lenta. O condutor de V1 seguia essa fila, quando, repentinamente, um veículo inicia uma ultrapassagem e retorna de forma brusca, à frente de V1. É quando o condutor de V1 é surpreendido por este veículo, não consegue parar e colide na traseira dele. Condutor e passageiro de V1 caem feridos na pista. O veículo não identificado, segue em frente, sem prestar socorro às vítimas. Após isso, foi acionado o SAMU, que fez o socorro dos mesmos, levando-os ao Hospital Regional do Agreste. Observações:- Todas as informações descritas acima, estão em Requerimento de Solicitação de Confeção de Boletim de Acidente constante no processo SEI 08654.023219/2019-12.- Há também no referido processo, documento do SAMU e do HRA que confirmam que os envolvidos foram vítimas de acidente de trânsito naquela data.



Documento assinado eletronicamente por ROMAO MARCILIO, matrícula 1515324, Policial Rodoviário Federal, em 09/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20001478B01 e o número de controle EA49FD68FC6FE3D70094950AAB542.

191



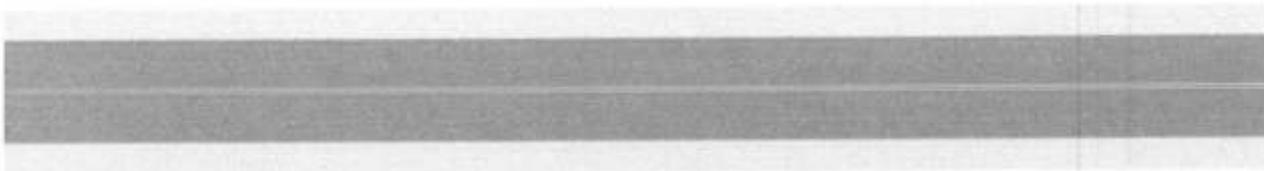
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 20001478B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE

Local do feito



← CARUARU

AGRESTINA →

AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão traseira	V1
2	Queda de ocupante de veículo	V1

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
1	V1			
2	V1			

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
---------------	-------------	----------------

V1 - VEÍCULO 1 - KLU2593 - MOTOCICLETA

V1 - Informações



Documento assinado eletronicamente por ROMÃO MARCELO, matrícula 1915324, Polícia Rodoviária Federal, em 09/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Lei nº 11.343, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20001478B01 e o número de controle EA49F8D68FC6FE3D70094950AABB42.



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 20001478B01

Placa: KLU2593      Marca/modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS      Renavam: 00966637119  
Ano fabricação: 2008      Chassi: 9C2KC08108R188500      Tipo de veículo: Motocicleta  
Espécie: Passageiro      Categoria: Particular      Cor: Cinza  
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento  
Informações complementares: Todas as informações descritas acima, estão em Requerimento de Solicitação de Confecção de Boletim de Acidente constante no processo SEI 08654.023219 /2019-12.



Documento assinado eletronicamente por ROMAO MARCILIO, matrícula 1515324, Policial Rodoviário Federal, em 08/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 6.538, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.pf.gov.br/novcbat/autenticar>, informando o protocolo 20001478B01 e o número de controle EA49F8068FC8FE3D70094960AABB42.

191

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 304.338.094-93 4 - Nome completo da vítima: Izaías Josemarino dos Santos

**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012**

5 - Nome completo: Izaías Josemarino dos Santos 6 - CPF: 304.338.094-93  
 7 - Profissão: Recusante 8 - Endereço: Rua Barrada Riachão 9 - Número: 270 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
 11 - Bairro: Sítio Barra do Riachão 12 - Cidade: São Joaquim do Monte 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55670-000  
 15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Telefone: (81) 9258-3087

**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:**

RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

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: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:   CONTA:   AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 Líder 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 Civil)  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), informe o nome completo: \_\_\_\_\_  
 28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (se nasceu)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem nesta 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 299 do Código Penal.

34 - (Inscrição digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado)  
 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha  
 39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, São Joaquim do Monte, 06/04/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Izaías Josemarino dos Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

RECIBO DE PAGAMENTO  
 25 MAI 2020  
 COLO  
 A RECIFE



**NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-002  
CPF 10.825.932/0001-00 | INSC. EST. 0003943-03 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**  
MARIZETE MARIA DA SILVA

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
RUA EDNA DO RUAÇHO 278

CPF: 573.564.614-04

SITIO BARRA DO RIO, 194, JARDIM ESTRELA  
SAO JOAQUIM DO MONTE PE  
55670-000

**CLASSIFICAÇÃO**  
BI RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásico

NUM. CONTADOR	PERÍODO
7003684622	12/2019
DATA DE INSCRIÇÃO	DATA DE VENCIMENTO
24/12/2019	14/01/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	
73,58	

SPED CONTRIBUIÇÃO	SPED	VERSÃO
00888815	UNICA	17/12/2019
SPED CONTRIBUIÇÃO	SPED	VERSÃO
17102019	2010719772	3549700

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	44,000000	3,7572874	63,81
Acrescimo Bancaria AMAPOLA			0,79
Acrescimo Bancaria VERSELHA			2,32
Contrib. Aut. Publica Municipal			4,08
ICMS Subvenção - LIDE - NF 081034205-15/10/19			0,55
Multa por atraso NF 084008191 - 14/11/19			1,53
Juros por atraso NF 084008191 - 14/11/19			0,83
Atualização OPA - NF 08488191 - 14/11/19			2,17
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>73,58</b>

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

TIPO DA MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	SPED	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
21039602	CAT	14/11/2019	27-28	17/12/2019	420,20	01	1,0000		44,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DOS CUSTOS	
18/19	54				Carregio de Energia	R\$ 2,54 3,73%
09/19	82				Transmissão	R\$ 2,46 3,75%
04/19	88	ICMS	66,72	2,46	Distribuição (CELPE)	R\$ 12,33 21,62%
02/19	75	PIS	66,72	0,46	Perdas de Energia	R\$ 4,75 7,12%
01/19	79	COPOM	66,72	2,60	Energias Subvenção	R\$ 0,50 0,73%
01/19	79				Tributação	R\$ 12,33 21,62%
01/19	59				<b>Total</b>	<b>R\$ 63,51 86%</b>
01/19	75				Consumo Ativo (kWh)	44,000000
01/19	55					
01/19	79					
01/19	50					
01/19	88					
01/19	71					
02/19	78					

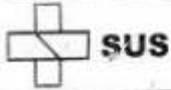
**INFORMAÇÕES ADICIONAIS**  
T8AT 220V 45/0 C 200 400W 95CT 4F-02 2017

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**  
Pagamento em parcelas por meio de boleto bancário disponível em www.celpe.com.br. Para mais informações consulte o site www.celpe.com.br. Não se responsabiliza por danos decorrentes de uso indevido da energia elétrica. Para mais informações consulte o site www.celpe.com.br. Para mais informações consulte o site www.celpe.com.br.

As condições gerais de atendimento Resposta 002, 0142002, 0142003, 0142004, 0142005, 0142006, 0142007, 0142008, 0142009, 0142010, 0142011, 0142012, 0142013, 0142014, 0142015, 0142016, 0142017, 0142018, 0142019, 0142020, 0142021, 0142022, 0142023, 0142024, 0142025, 0142026, 0142027, 0142028, 0142029, 0142030, 0142031, 0142032, 0142033, 0142034, 0142035, 0142036, 0142037, 0142038, 0142039, 0142040, 0142041, 0142042, 0142043, 0142044, 0142045, 0142046, 0142047, 0142048, 0142049, 0142050, 0142051, 0142052, 0142053, 0142054, 0142055, 0142056, 0142057, 0142058, 0142059, 0142060, 0142061, 0142062, 0142063, 0142064, 0142065, 0142066, 0142067, 0142068, 0142069, 0142070, 0142071, 0142072, 0142073, 0142074, 0142075, 0142076, 0142077, 0142078, 0142079, 0142080, 0142081, 0142082, 0142083, 0142084, 0142085, 0142086, 0142087, 0142088, 0142089, 0142090, 0142091, 0142092, 0142093, 0142094, 0142095, 0142096, 0142097, 0142098, 0142099, 0142100.

LIMITES DE FREQUÊNCIA DAS INTERFERÊNCIAS					TENSÃO DE TENSÃO		
CONDICIONAMENTO	VALOR NOMINAL	LIMITE INFERIOR	LIMITE SUPERIOR	LIMITE MÁXIMO	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
230	0,00	0,20	11,00	21,50	220	200	231
110	0,00	0,40	6,00	11,70			
550	0,00	0,40	0,00	0,00			

**RECIFE**  
COMISSÃO DE PREVIDÊNCIA SIA  
25 MAI 2020  
PROCOLO  
AGÊNCIA RECIFE



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

2 - CNES

2427419

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HRA

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Leonor Benvenuto da Santos

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

350174

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7107410210834811478

8 - DATA DE NASCIMENTO

26/08/91

9 - SEXO

Masc.  1

Fem.  3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

MARIZETE M. DA SILVA

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

DDD 81981815609

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

DDD 81981815609

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Vila Nova do Recife 3.ª Quad

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

São Joaquim do Monte

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

2613305

18 - UF

PE

19 - CEP

55640000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Politrauma, evoluí com pentonite  
0407010238/4.313/5d  
0407030123/5360/5d

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de cirurgia

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame físico.

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Trauma Abdominal

24 - CID 10 PRINCIPAL

S361

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

internamento

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0411510310013

29 - CLÍNICA

cirurgia

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

urgência

31 - DOCUMENTO (CNS/CPF)

29838467847

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

marcel F. M. Porto

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

04/12/19

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. Órgão Emissor

PE-40-004

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

PROCOLO AGENCIA RECIFE

262010384105-8

48 - DOCUMENTO (CNS/CPF)

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Waldenir Soares da Silva  
CRM 7169

25 MAI 2020



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

2 - CNES

2427419

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HRA

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Sra. Soraia Joremiões da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

350574

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

70240210813481478

8 - DATA DE NASCIMENTO

26/08/91

9 - SEXO

Masc.  1

Fem.  3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Maurício M. A. Silva

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

DDD

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

"/ / / / /

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

DDD 819 81815669

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Vila Barra do Riacho 3 - Paul

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

São Joaquim do Monte

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

2513305

18 - UF

PE

19 - CEP

55561000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente submetido para redução de compressões em região de lesão hepática, nódulo - pré-nca esquerda e direita.

0407030140/5361/6d  
0407040250/K658/5d

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Paciente no 3º DPO LE + Explematomia + controle de danos de lesão hepática + pneumática (8 compressões) + drenagem conservadora.

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

S861

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0415030013

29 - CLÍNICA

Ute

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Alex Ricart

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

07/12/19

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Alex Beral  
Cirurgião Geral  
CRMPE 25808

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

45 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

43 - CNME DE EMPRESA

44 - CBOR

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

PE-40-034

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Waldemir Soares da Silva





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HRA

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Soares Joemário da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

350374

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7107402083481478

8 - DATA DE NASCIMENTO

28/08/91

9 - SEXO

Masc.  1 Fem.  3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Margot Maria da Silva

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

819 81815463

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Vila Barra do Riacho zona Rural

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Joazeiro do Monte

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

2613305P

18 - UF

PE

19 - CEP

55670000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de trauma abdominal fechado. No 16º DPO de uma lesão parietal esplênica + DC + TC + referida de compressão. Evolui com possível hemorrágica, febre persistente, sinais de necrose peritoneal em ferida operatória.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

clínica + exames complementares

0407040188/K660/6d  
0412040166/S272/5d

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

TAC ABDOME TOTAL COM CONTRASTE

7407 04 0030/T814/5d

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Trauma abdominal fechado

24 - CID 10 PRINCIPAL

S272

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Emergência

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0415030013

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

23/12/19

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO

25 MAI 2020 NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

PE-60-004

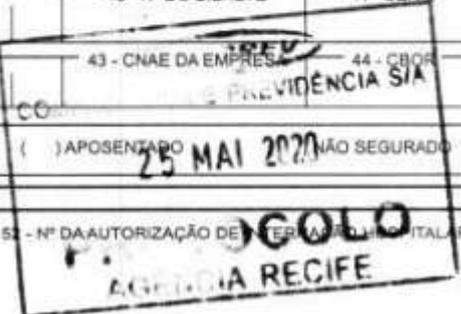
48 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Waldemiro Soares da Silva



262010384107-0

# HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



## 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

**Atendimento:** 567873 **Prontuário:** 350174  
**Nome:** IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS  
**Data Nasc.:** 26/08/1991 **Idade:** 28 **Sexo:** MASCULINO **Cor:** PARDA **Religião:**  
**CPF:** **RG:** **CNS:** 707402083481478  
**Endereço:** VILA BARRA DO RIACHAO **Nº:** 0  
**Bairro:** ZONA RURAL **Cidade:** SAO JOAQUIM DO MONTE **Estado:** PE  
**CEP:** 55670000 **Fone:** 81815469 **Profissão:**  
**Nome da Mãe:** MARIZETE MARIA DA SILVA  
**Acompanhante:**  
**Motivo do Atendimento:** ATT COM MOTOCICLETA  
**Clinica:** CIRURGIA GERAL

## 2 - ATENDIMENTO Data: 04/12/2019 06.48 **Médico:** MEDICO PLANTONISTA

**Queixa Principal / HDA:** *paciente vítima de lesões com, em Queixa em Torax, Abdome e Mandíbula, Nega perda de consciência, Per lacto Vesum.*

**Exame Físico:** *A: Voz clara, saturaç. sat 98% Ambul. PA: 127/70 FC: FR: Sinais de Curcul B) Membros Pares bilaterais C) PA 12/17, Pulso cheio, Abdome doloroso abdo. Sin. Imediato D) Glaxia 15, P/pele rosada E) Sinais vitais*

**Diag. Provisório:** *1/TC de tórax, Torax e Abdome*

*Politemia*

Dr. David Christian  
 Médico Cirurgião Geral  
 CRM-PE: 23471

<b>Prescrição:</b>	<b>Dieta:</b> _____	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 0 auto; width: 80%;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">REV VIDÊNCIA SIA</p> <p style="text-align: center; margin: 0;">CO</p> <p style="text-align: center; margin: 0;">25 MAI 2020 Horário</p> <p style="text-align: center; margin: 0; font-size: 1.2em; font-weight: bold;">COLO</p> <p style="text-align: center; margin: 0;">IA RECIFE</p> </div>
<b>Data:</b>		
04/12/2019	PA = 130x70 Sat O <sub>2</sub> = 98% FC = 97 bpm # Curanga geral #	
04/12/19 05:20h	Chego ao plantão e encontro paciente em sala vermelha queixando de dor abdominal intensa relato de hematemese. Paciente com FC: 120 bpm PA = 120 x 70 - Hg Abdome doloroso difusamente com ruídos intestinais (DB (+) difusos) Bacia abnorme Tórax: mv (+) bilobul S/RA. S/S, P/RR, S/defeitos focais.	



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE  
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

BMT Chamado ao BC para  
04/12/18 avaliação de paciente vítima  
10:20 de acidente de trânsito. Paciente  
entulhado em pontos acima do nível.  
Apresenta ferimento contuso em nariz  
Exame físico de ferimento apresentado  
pelo lado sup.  
CONCLUSÃO: Ferimento de ferimento.  
Pneumonia posterior

T. ferimento contuso  
pontos acima do nível

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

( ) Paciente ( ) Familiar

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

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

Endereço: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura

Autorização de Procedimento

( ) Paciente ( ) Familiar

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

Endereço: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

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

REV  
PREVIDÊNCIA SIA  
CO. \_\_\_\_\_  
Assinatura 2020  
25 MAI 2020  
JCOLO  
IA RECIFE

Diag. Definitivo: \_\_\_\_\_

Destino do Paciente

( ) Alta ( ) Cirurgia ( ) Óbito ( ) Evadiu-se ( ) Termo de Alta a Pedido  
( ) Transferência: \_\_\_\_\_ ( ) Internamento \_\_\_\_\_

Condição de Alta

( ) Curado ( ) Melhorado ( ) Inalterado ( ) Óbito

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

10

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: Zenas Germano dos Santos

Nº do Registro: 350174

Clínica: B - Cirurgia Geral

Nº do Leito:

Operador: Dra. Maralí Fabrik Mendes Porto

1º Assistente: Dr. Traço

2º Assistente: Dr. Wenderson (R.)

Instrumentador:

Anestesiista: Dra. Priscila

Anestesia: Geral

Duração:

Data da Operação: 04/12/19

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório: Trauma Abdominal Fechado

Diagnóstico Pós-Operatório: Laceração hepática + laceração esplênica +

lesão contusa de corpo de cabeça e pinos com

Operação Proposta: UE laceração em cda perineurais,

laceração sero-muscular em piloro

Operação Realizada: A mesma + hemostase com fulguração de vasos hepáticos + esplenectomia + ligoesectomia com 3 Congressos.

## DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

JCOLO

ATA DE REGISTRO

- 1) Assepsia + antissepsia + colocação de campos estéreis
- 2) Incisão média supra e infra umbilical e disseção por planos até cavidade abdominal
- 3) Incentivo: hemostasia aderente, laceração hepática junto ao ligamento falciforme e segmento II/III, laceração esplênica junto ao hilo, laceração de camada sero-muscular em piloro, hemostasia em rede conduta dos vasos e inserção tranverso, lesão contusa de cabeça e corpo de pinos com laceração em cda perineurais
- 4) Realizada esplenectomia com ligadura de vasos do hilo esplênico e gástrico com algodão
- 5) Eleb-fulguração hepática e ligadura de vasos entre hepáticos em laceração junto ao ligamento falciforme (cabeça gástrica)
- 6) Sutura da laceração de camada sero-muscular em piloro com prolene 3-0
- 7) Realizado manobra de Cotrel e

e Kocher - não vascularizado lesão duplamente ⑨ Cordões  
alças de delgado e ovalado colares ascendente, transversos,  
descendente, sigmoide, cava e reto - sem lesões; linfonos  
sem lesões; ausência de benção retroperitoneal em  
zonas II e III. ⑩ Devido a permissão de sangramento  
hepático e retrocaval dos splênicos, optado por enge-  
camentar com congrietas → 2 subfrenicas ⑤, 2  
subfrenicas ⑥, 1 infra-hepática, 1 cava lesão junto a  
ligamento falciforme e 2 em retrocavalidade dos splênicos  
(8 congrietas). ⑪ Sutura da gônada com nylon 1.2  
Sutura da pele q nylon 30



**SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS**  
**HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE**

567994

REG: 350574 BLOCO CIRURGICO AT ~~00000000~~

PACIENTE: Izaias Formoso dos Santos REGISTRO Nº 341045

SALA CIRURGICA Nº 04 DATA 07/12/19

CIRURGIA: L.E. de Retirada de Compun + Toilette Cirurgico CIRURGIÃO: Paulo Porto

ANESTESIA: Geral ANESTESIOLOGISTA: Thales Portela

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
TX	Oxigênio				Agulha Descartável		
	Água Destilada				Agulha para Pendura		
	Atropina				Agulha para Raqui		
	Bupivacaína				Atadura Gessada		
	Cefazolina 1g				Atadura Crepom		
	Clonidina				Cateter para Oxigênio		
	Dezametasona 4mg				Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
	Dipirona				Coletor de Urina Fechado	03	
	Etilefrina				Dreno		
	Glicose 50%				Eletrodo p/ Monitorização	05	
	Lidocaina				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida				Equipo para Soro		
	Neostgmina				Fio Cat Gut Cromado 1		03
	Prometazina				Fio Gat Gut Simples		
	Ranitidina				Fio de Aço		
	Ringer co Lactato				Fio de Algodão		
04	Soro Fisiológico				Fio de Nylon 3.0	07	07
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estriol				Gase 7,5x7,5	30	
	Tenoxican				Lâmina de Bisturi	24	02
01	Pancreonico				Luvás Estéreis 7,0		
02	Bolsa de Caracaia				Luvás Estéreis 7,5	04	
					Luvás Estéreis 8,0		
					Seringa 5ml	01	
					Seringa 10ml	01	
					Seringa 20ml		
					Sonda de Folev	22	01
					Sonda Endotraqueal		
					Sonda Nasogástrica		
					Sonda Uretal		
					Tubo para Aspiração	02	
					Complexa PTC 15		01
					Dreno de Penrose 3		02
					Dreno de Penrose 4		02
					FIO de Cateter	3	02
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

PROVIDENCIA SIA  
 25 MAI 2020

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia

Assinatura  
 21/199

COLO  
 RECEBE



## SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS

AT: 567994

Clínica: Cirurgia Geral

REG.: 350174

Operador: Dr. PAULO PORTO

1º Assistente: Dr. WENDSTEYNE LIMA(MR1)

2º Assistente: Dr. ISSAC JÚNIOR

Instrumentador: ~~Dr. Bruno Duarte (MR1)~~

Anestesista: Dra. TALES PORTELA

Anestesia: Geral

DATA: 07/12/2019

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-operatório: LE + Esplenectomia + Controle de danos de lesão hepática e Pancreática (8 compressas) + drenagem cavitária

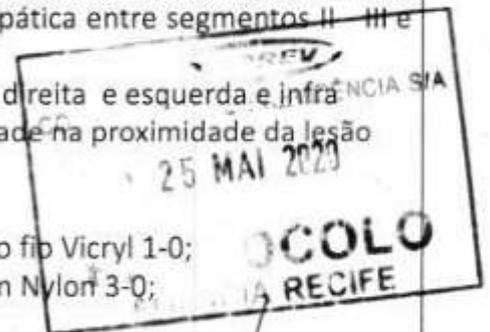
Diagnóstico Pós-operatório: LE com retirada de compressas + Toaleta cavitário + Drenagem cavitária

Operação Proposta: LE com retirada de compressas + Toaleta cavitário + Drenagem cavitária + síntese de parede abdominal

Operação Realizada: a mesma

## DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. Paciente em decúbito dorsal sob anestesia geral;
2. Assepsia e antisepsia + aposição de campos cirúrgicos estéreis;
3. Abertura de pontos da pele e da aponeurose com tesoura;
4. Achados: Presença de importante quantidade de secreção biliar em cavidade abdominal após abertura de aponeurose, com presença de partículas fibrinosas produto de degradação por enzimas pancreato-biliares. Fígado sem sangramento ativo e apresentando bilioma subcapsular não roto;
5. Realizado: Lavagem exaustiva da cavidade abdominal com soro fisiológico morno e retirada de compressas em região de loja hepática, Sub-frênica esquerda e direita, bem como na retrocavidade, perfazendo um total de 08 compressas. Rompimento de bilioma com aspiração de seu conteúdo e sutura de laceração Hepática entre segmentos II, III e IV de Couinaud com Catgut 1.
6. Aposição de drenos túbulo laminares em região subfrênica direita e esquerda e infra-hepática direita próxima à lesão suturada, e em retrocavidade na proximidade da lesão pancreática;
7. Revisão da hemostasia;
8. Fechamento de aponeurose em pontos contínuos utilizando fio Vicryl 1-0;
9. Fechamento da pele em pontos descontínuos à Donatti com Nylon 3-0;
10. Curativo.



Dr. Paulo Porto  
Cirurgia Geral  
C.R.C. 2.199

**SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS**  
**HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE**

Atend 567994

Início 09:00hs BLOCO CIRÚRGICO Termino 12:45h  
 PACIENTE: Zaia Josemarino dos Santos REGISTRO Nº 350174  
 SALA CIRÚRGICA Nº 06 DATA 01/12/19  
 CIRURGIAS: Laparotomia Exploradora + CIRURGIÃO: Dr. Menah + Dr. Thiago César  
esplenectomia  
 ANESTESIA: Geral ANESTESIOLOGISTA: Dia Brucila

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
TX	Oxigênio	-	-	25x07	Agulha Descartável 25x07	01	06
☐	Água Destilada		04		Agulha para Pendura		
☐	Atropina		03		Agulha para Raqui		
	Bupivacaína				Atadura Gessada		
	Cefazolina 1g <u>leftua zona desecida</u>				Atadura Crepom n. 10		02
	Clonidina				Cateter para Oxigênio		01
	Dezametasona 4mg		01		Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco			1	Coletor de Urina Aberto		01
	Dipirona			1	Coletor de Urina Fechado		01
	Etilefrina		01	1	Dreno <u>perrose n. 4</u>		01
	Glicose 50%			1	Eletrodo p/ Monitorização		05
	Lidocaina			1	Equipo para Sangue		02
	Metoclopramida		01		Equipo para Soro		
	Neostgmina				Fio Cat Gut Cromado		
	<del>Prometazina</del> <u>Furosemida</u>		01		Fio Gat Gut Simples		
	Ranitidina			1	Fio de <del>3,0</del>		01
	Ringer co Lactato			1	Fio de Algodão 0		02
☐	Soro Fisiológico		02	☐	Fio de Nylon 3,0		05
	Soro Glicosado			1	Fio de Polipropileno 3,0		01
	Succinato de Estriol			1	Gase 7,5x7,5		15
	Tenoxicam			1	Lâmina de Bisturi n. 24		02
	<u>usatraco</u>		02	1	Luvas Estéreis <del>6,5</del>		02
	<u>Sevofurano</u>		01	☐	Luvas Estéreis 7,5		03
	<u>Propofol</u>		01	☐	Luvas Estéreis 8,0		04
	<u>Suamtelomo</u>		01	☐	Seringa 5ml		02
	<u>Luvas de procedimento</u>		10	☐	Seringa 10ml		05
	<u>Lidocaina gelida esteril</u>		01		Seringa 20ml		
	200ml alcool a 70%		-	1	Sonda de Foiev n. 16		01
	200ml Floxidina degormante		-	1	Sonda Endotraqueal n. 7,5		01
	<u>esparachapo</u>		01	1	Sonda Nasogástrica n. 20		01
	<u>Fio algodão 3,0</u>		01	1	Sonda Uretal n. 14, 22		02
	<u>curaspono</u>		01	1	Tubo para Aspiração		01
	<u>fio de vicryl 1,0</u>		02	1	fitro		01
	<u>cateter para subclavia</u>		01	1	traqueia		01
	<u>lidocaina gelida esteril</u>		01	1	borracha cláster		03
					<u>Tudo compreendido</u>		15
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

25 MAI 2020  
 CATETER PARA SUBCLAVIA  
 C/DIGO: CTT20BN LOTE: 33670  
 REG. ANVISA: 10196320019  
 FAB. POR BIOMEDICAL E.P.M.C. LTDA  
 www.biomedical.ind.br  
 13944 - 5555

**COLO**  
 A RECIFE

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia



COOPERATIVA DOS MÉDICOS ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PE

# FICHA DE ANESTESIA

Nº 05304

VALOR

NOME: <u>Jaiz Jesuino dos Santos</u>		REGISTRO: <u>350774</u>	CATEGORIA: <u>SUS</u>					
HOSPITAL: <u>E.S. Bom Jesus</u>	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	COR: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N	IDADE: <u>28</u>					
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Trauma Abdominal Fechado</u>		RESPIRAÇÃO: <u>24 TRPM</u>	ASA: <u>I-E</u>					
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: <u>O mímico + lesão de bexiga, fígado e embacia de pâncreas</u>		PESO: <u>70</u> Kg	PA: <u>113 x 78</u> mmHg					
OPERAÇÃO PROPOSTA: <u>Laparotomia exploradora</u>		FC: <u>120</u> BPM	CÓDIGO CIRURGIA: <u>3100703-1</u>					
OPERAÇÃO REALIZADA: <u>A mímico + eleprofulguração de lesão hepática + esplenectomia + cirurgia de embacia de duodeno</u>		RESPIRAÇÃO: <u>24</u> TRPM	PORTE: <u>4</u>					
09h <u>10h</u> <u>11h</u> <u>12h</u> → <u>pl. sondagem e 48-72h</u> 								
SpO2%	100	99	99	100	100	100	99	100
ECG%	42	40	39	39	38	39	40	39
CO2	35	35	35	35	35	35	35	35



1) Lidocaina 80mg  
 2) Fentanil 150mcg  
 3) Propofol 150mg  
 4) Sufentanil 70mcg  
 5) Sevoflurano

TÉCNICA ANESTÉSICA: Poluclavado MCR pré-indução 100% F2O100% indução 100% 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100  
100% S e 100% UMSF indução 100% do tubo para UJT

DURAÇÃO DA OPERAÇÃO: 2h      DURAÇÃO DA ANESTESIA: 2h10'

<input checked="" type="checkbox"/> CARDIOSCÓPIO	<input checked="" type="checkbox"/> CAPNÓGRAFO	<input type="checkbox"/> PVC	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> OXÍMETRO	<input checked="" type="checkbox"/> S. VESICAL	<input type="checkbox"/> TEMPERATURA	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> PNI	<input type="checkbox"/> LINHA ARTERIAL	<input type="checkbox"/> MONITOR DO ESTADO CEREBRAL	<input type="checkbox"/>

ENCAMINHADO:  ACORDADO  ADORMECIDO  INOLENTO  CURADO

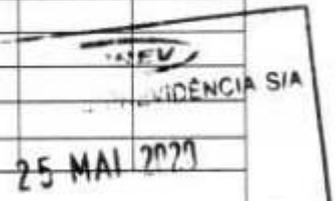
DESTINO:  UTI  QUARTO

**SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS**  
**HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE** (Atencl. 521559)

**BLOCO CIRÚRGICO**

PACIENTE: IZAIAS JOSE MARIO dos Santos REGISTRO Nº 350174  
 SALA CIRÚRGICA Nº 06 Respet + Drenagem TOTAL e Curativo DATA: 23/12/19  
 CIRURGIAS: lap. exploratório + limpeza CIRURGIÃO: Dr. Paulo Porto Wendsteyne  
 ANESTESIA: geral ANESTESIOLOGISTA: Dr. Raoni

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
<u>su</u>	Oxigênio			<input type="checkbox"/>	Agulha Descartável <u>25x7</u>		
<u>1</u>	Água Destilada			<u>1</u>	Agulha para Pendura <u>40x12</u>		
	Atropina				Agulha para Raqui		
	Bupivacaína				Atadura Gessada		
	Cefazolina 1g				Atadura Crepom		
<u>01</u>	Clonidina			<u>01</u>	Cateter para Oxigênio		
<u>01</u>	Dezametasona 4mg				Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
	Dipirona			<u>01</u>	Coletor de Urina Fechado		
	Etilefrina			<u>01</u>	Dreno <u>TONOX Nº 32</u>		
	Glicose 50%			<u>05</u>	Eletrodo p/ Monitorização		
<u>01</u>	Lidocaina <u>sl/leso</u>				Equipo para Sangue		
<u>01</u>	Metoclopramida			<u>01</u>	Equipo para Soro		
<u>03</u>	Neostgmina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Gat Gut Simples		
	Ranitidina			<u>1</u>	Fio de Aço <u>Polene 0</u>		
	Ringer co Lactato			<u>1</u>	Fio de Algodão <u>3-0</u>		
<u>1/1</u>	Soro Fisiológico			<u>1/1</u>	Fio de Nylon <u>2-0</u>		
	Soro Glicosado			<u>1</u>	Fio de Polipropileno <u>4-0</u>		
	Succinato de Estriol			<u>1/1</u>	Gase 7,5x7,5		
	Tenoxican			<u>01</u>	Lâmina de Bisturi <u>1224</u>		
<u>01</u>	<u>Quelicim</u>			<u>1</u>	Luvas Estéreis 7,0		
<u>1</u>	<u>propofol</u>			<input type="checkbox"/>	Luvas Estéreis 7,5		
<u>01</u>	<u>Umbrelol</u>				Luvas Estéreis 8,0		
<u>1</u>	<u>Paracetamol</u>				Seringa 5ml		
					Seringa 10ml		
					Seringa 20ml		
				<u>01</u>	Sonda de Foiey <u>1216</u>		
				<u>01</u>	Sonda Endotraqueal <u>1275</u>		
<u>02</u>	<u>gase de colostomia</u>			<u>01</u>	Sonda Nasogástrica <u>1250</u>		
<u>1/1</u>	<u>compressas e/05</u>			<u>01</u>	Sonda Uretal <u>1214</u>		
<u>01</u>	<u>equipo transiluminador</u>			<u>1</u>	Tubo para Aspiração		
<u>02</u>	<u>extorç. p/ drenagem</u>			<u>su.</u>	<u>Elohex drg.</u>		
<u>02</u>	<u>meio peritoneal 1203</u>			<u>1</u>	<u>calcocala 1201</u>		
<u>02</u>	<u>Sonda Foley 1222</u>			<u>1</u>	<u>esparadilho</u>		
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

  
 COLO RECIFE  
 COLEÇÃO SIA  
 25 MAI 2020

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Maria José S. Teixeira  
 Téc. de Enfermagem  
 COREN-PE 364.542

Assinatura do Cirurgião  
 Dr. Wendsteyne Lima  
 Médico

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200189226 **Cidade:** Agrestina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS **Data do acidente:** 04/12/2019 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 07/07/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA ABDOMINAL FECHADO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAPAROTOMIA EXPLORADORA - ESPLENECTOMIA). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** AUSÊNCIA CIRÚRGICA DO BAÇO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** PERDA ANATÔMICA INTEGRAL DO BAÇO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** P6/9/10

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 integral (retirada cirúrgica) do baço	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

Rio de Janeiro, 26 de Maio de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200189226**

**Vítima: IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 04/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Boletim de ocorrência</b>	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue está faltando páginas.
<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200189226**

**Vítima: IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 04/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois, o formulário não foi entregue.
---------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200189226**

**Vítima: IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 04/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS**

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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Perda integral (retirada cirúrgica) do baço 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: **IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **341**

Agência: **000007226**

Conta: **0000020810-1**

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, retorne 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



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014803261314  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	966637119	*****	2019

NOME  
FABIANO FERREIRA DA SILVA

S. JOAQUIM MONTE-PE

CPF / CNPJ	PLACA
038.516.494-78	KLU2593

PLACA ANT / UF	CHASSI
***** PE	9C2KC08108R188500

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PAS /MOTOCICLISTA	ETANOL

MARCA / MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA/CG 150 TITAN RS	2008	2008

CAP / POT / CL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/149CL	PARTIC	CINZA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
I IPVA 2019 QUITADO		1 *****
II FAIXA IPVA	FAIXA VENC. COTAS	2 *****
		3 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
80.11	0.32	84.58	26/02/19

OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA

S. JOAQUIM MONTE-PE  
ROBERTO CARLOS MOREIRA FONSECA

*Roberto Fonseca*  
DIRETOR-PR. PRESIDENTE DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014803261314 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
FABIANO FERREIRA DA SILVA

55670-000

CASA S. JOAQUIM MONTE-PE

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

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2019	09/03/19

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	038.516.494-78	KLU2593

RENAVAM	MARCA / MODELO
966637119	HONDA/CG 150 TITAN RS

ANO FAB	CL. TARIF.	CHASSI
2008	09	9C2KC08108R188500

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRM (R\$)	DEMATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
36.05	4.01	40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL FERRAS/PELO SEGURO (R\$)
4.15	0.32	84.58

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO
	26/02/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT  
CNPJ 06.340.000/0001-04

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

COG. PREVIDÊNCIA SIA  
25 MAI 2019  
COLO  
AGÊNCIA RECIFE