



Número: **0000145-87.2021.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 30ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **04/01/2021**

Valor da causa: **R\$ 8.100,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                  |                    | Procurador/Terceiro vinculado                 |                    |
|-----------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------|--------------------|
| IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS (AUTOR)     |                    | ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) |                    |
| COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)    |                    |                                               |                    |
| HENRIQUE AUGUSTO LEITE MARQUES (PERITO) |                    |                                               |                    |
| Documentos                              |                    |                                               |                    |
| Id.                                     | Data da Assinatura | Documento                                     | Tipo               |
| 75081887                                | 11/02/2021 16:29   | <a href="#">ANEXO 1</a>                       | Outros (Documento) |

# ITAÚ – UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341      AGÊNCIA: 0477      CONTA: 000000078857-4

---

|                        |            |
|------------------------|------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA: | 14/07/2020 |
| NUMERO DO DOCUMENTO:   |            |
| VALOR TOTAL:           | 1.350,00   |

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

CLIENTE: IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS

BANCO: 341

AGÊNCIA: 07226

CONTA: 000000020810-1

### Autenticação:

E82B80EACC20A3EA647104702A28E3D16942FF11BFDEC46F0E5480E1CE1A6088



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-01472-07/20

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

Título do CPF: IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS

CPF de: Próprio

### 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 DE GUATEMALA  
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA  
MINISTERIO DE LA DEFENSA  
COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS DE GUATEMALA

**FRATAS JOSEMARCO DOS SANTOS**

0011122 800 PE

104.338.094-93 24/08/1991

FRATAS  
JOSEMARCO MARCOS DOS  
SANTOS  
MARILENE MARIA DA  
SILVA

25-02-0000000 25/02/2000 27/08/2018

Observaciones:  
sem observações

*João Francisco dos Santos*  
Comandante em Chefe

0011122 800 PE 09/09/2017

PERNAMBUCO



**SUS**Sistema  
União de  
SaúdeMinistério  
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

**Renato Benício da Silva**

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

**350144**

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

**710710121081314181418**

8 - DATA DE NASCIMENTO

**26/08/91**

9 - SEXO

Masc. ☒ Feme. ☐

10 - RACIA/COR

**3**

11 - NOME DA MÃE

**Margarete M. da Silva**

12 - TELEFONE DE CONTATO

**8098181540**

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

**1111111111**

14 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

**Vila Nova do Rio de Janeiro**

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

**João Pessoa**

17 - COD. BOM MUNICÍPIO

**2603303**

18 - UF

**PE**

19 - CEP

**53060-000****JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

**Politrauma, lesão com pontaria  
0407010238/4313/5d  
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

**041101030023**

29 - CLÍNICA

**urgência**

30 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

**urgência**

31 - DOCUMENTO

**1 - JORNAL 2 - JORNAL**

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

**29838462343**

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

**marcelo e m. Porto**

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

**24/12/19**

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

**25 MAI 2020****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 - CNPJ EMPRESA

41 - CNPJ

42 - CNPJ

43 - CNPJ

44 - CNPJ

45 - CNPJ

46 - CNPJ

47 - CNPJ

48 - CNPJ

49 - CNPJ

50 - CNPJ

**AUTORIZAÇÃO**

51 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

**Dr. Waldemir Soares da Silva**

52 - COD. ORGÃO EMISSOR

**PC-40-004**

53 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

**262010384105-8**

54 - DOCUMENTO

**1 - JORNAL 2 - JORNAL**

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

**29838462343**

56 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

**24/12/19**

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

**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 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

IRA

3 - CNES

2427419

4 - CNES

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Saiaes Jomilson da Silva

6 - Nº DO PROFISSIONÁRIO

35074

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

707040101013481347826/08/91

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masculino

10 - RAÇA/COR

Branco

11 - NOME DA MÃE

Maria da Silva

12 - NOME DO RESPONSÁVEL

João da Silva

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Vila Bona do Rio do Z. Paul

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

João Pessoa - PB

15 - COD. BGE MUNICÍPIO

2513305

16 - UF

PB

17 - CEP

55670000

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

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

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

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Paciente no 3º DPO LE + Extrapulmonar + controle de danos de lesão hepática + pancreática (8 compressas) + dor aguda constante.

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

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

22 - CID 10 PRINCIPAL

S361

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04150300413

27 - CLÍNICA

Ute

28 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

29 - DOCUMENTO

CNS

30 - Nº DOCUMENTO (CNS/OPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

04150300413

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Alexandre

32 - DATA DA SOLICITAÇÃO

04/02/19

33 - ASSINATURA E GÊRMO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Alexandre

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

34 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

36 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAÍTO

37 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - Nº DO BILHETE

39 - SÉRIE

40 - CNPJ EMPRESA

41 - SÉRIE

42 - CBO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

44 - PREVIDÊNCIA

( ) NÃO SEGURO

### AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - COD. ORGÃO EMISSOR

PC-42-C04

47 - DOCUMENTO

( ) CNS

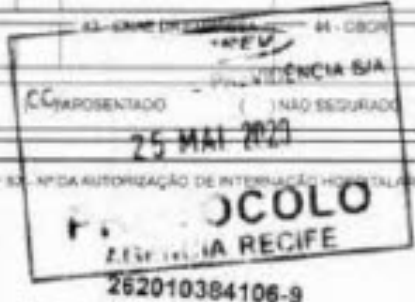
48 - Nº DOCUMENTO (CNS/OPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

04150300413

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E GÊRMO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Waldemir Soares da Silva





**SUS** 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

2427419

4 - CNES

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Spina Jozemário da Silva

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10414012083481478

8 - DATA DE NASCIMENTO

28/08/91

9 - SEXO

Masc ☒ F ☐

10 - RAÇA/COR

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

350374

11 - NOME DA MÃE

Maristela M. da Silva

12 - NOME DO RESPONSÁVEL

13 - TELEFONE DE CONTATO

8119 811815463

14 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Vila Barra do Ancho Zou Rural

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

55 Joaquim A. Mont

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

2613305

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, liberada de compressão e evolui com pancreatite traumática, febre persistente, sinais de necrose purulenta em parede operatória.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

clínica + exames complementares

0407040188/K 660/6d

0412040166/3272/5d

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

TAC ABDOME TOTAL COM CONTRASTE

0407040030/T 814/5d

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

0415030013

28 - CLÍNICA

Cirurgia

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

ICNS ICDF

31 - Nº DOCUMENTO (ICNS/ICDF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

23/12/19

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

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

35 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

37 - ACIDENTE TRABALHO TRAJECTO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - Nº DO BILHETE

40 - SEXO

41 - CNPJ EMPRESA

42 - CNES DA EMPRESA

43 - CNES DO BILHETE

44 - CNES DO BILHETE

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

### AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DO ÓRGÃO EMISSOR

49 - DOCUMENTO

ICNS ICDF

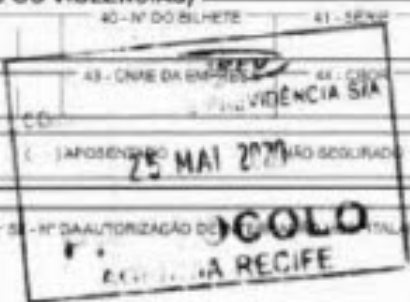
50 - Nº DOCUMENTO (ICNS/ICDF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

PE-60-004

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Dr. Waldenir Soares da Silva



262010384107-0







HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE  
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

BMT Chamado ao BC para  
04/12/19 avaliação de paciente vítima  
10:20 de acidente de trânsito. Paciente  
entregado em pronto socorro do local.  
Apresenta ferimento contuso em nuca.  
Exame físico de ferimento apresentado  
pelo enfermeiro.  
CONDIC: Sutura de ferimento.  
Pacientes portadores.  
T. ferimento contuso  
paciente em pronto socorro

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

( ) Paciente ( ) Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse psocômio, 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: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

04/12/2019 08:49:12  
2 de 2

Usuario do Atendimento  
DIEGOJLV



## SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

1.º

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: Ignacio Giovanni dos SantosNº do Registro: 350174Clínica: B - Cirurgia Geral

Nº do Leito:

Operador: Dr. Manoel Fabris Mendes Porto1º Assistente: Dr. Tiago2º Assistente: Dr. Wanderson (R.)

Instrumentador:

Anestésico: Dr. PinelaAnestesia: Geral

Duração:

Data da Operação: 04/12/19

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório: Trauma abdominal fechadoDiagnóstico Pós-Operatório: Laceração hepática + laceração esplênica +lesão contusa do corpo do colégo e pâncreas comOperação Proposta: USlaceração em cda perimetralis,laceração do músculo em piloro

Operação Realizada:

A mesma + hemostase com fulguraçãode vasos hepáticos + esplenotomia + laparotomia com3 Congressos.

## DESCRIÇÃO DO ATO OPERATORIO.

JCOLO

RECIFE

- 1) Anestesia + antiespasm + colocação de cateter intravenoso 2) Incisão para medição vaginal e infra umbilical e disseção por plano de conduto abdominal 3) Insuflação: laparotomia abdominal, laceração hepática junto ao ligamento falciforme e fragmento II/III, laceração esplênica junto ao hilo, laceração da camada seromuscular em piloro, hemostase em rede conduta dos apêndices e varicela torniquete, lesão contusa do colégo e corpo do pâncreas com laceração em cda perimetralis 4) Realizada esplenotomia com excisão do vaso do hilo esplênico e gástrico antes com algodão 5) Eleição fulguração hepática e ligadura do vaso entre hepáticos em laceração junto ao ligamento falciforme (edacido gástrico) 6) Sutura da laceração da camada seromuscular em piloro em pontos 3-0 7) Realizada manobra de Colé e



a Kocher - não mandando lista de produtos ① Contas  
alpi de delgado e analistas edam axidente, transverso,  
descendente, sigante, com a rede - em leões, leões  
sem leões; ausência de bombas rejeitadas em  
lotes II e II ③ Dito a permissão de pagamento  
lotes e rede de rede dos sistemas, optado por longo  
rejeitadas com comparsas → 2 subfueras ⑤, 2  
subfueras ⑥, 1 subfueras, 1 rede leão junto a  
ligamento paleiforme e 2 em rede cantada dos sistemas  
(8 comparsas) ⑩ Sutura de garras com ref 1 e  
Sutura de pele 4 ref 30



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

564994

Rig: 350374 BLOCO CIRÚRGICO AT ~~5000000~~  
 PACIENTE: Isaías Fernandes dos Santos REGISTRO N° 342045  
 SALA CIRÚRGICA N° 04 DATA 27/12/19  
 CIRURGIÃO: Dr. Roberto de Almeida ANESTESIOLOGISTA: Thalio Portela  
 ANESTESIA: geral

| QUANT. | ESPECIFICAÇÃO           | PREÇO |       | QUANT. | ESPECIFICAÇÃO             | PREÇO |       |
|--------|-------------------------|-------|-------|--------|---------------------------|-------|-------|
|        |                         | UNIT. | TOTAL |        |                           | UNIT. | TOTAL |
| TX     | Oxigênio                |       |       |        | Agulha Descartável        |       |       |
|        | Água Destilada          |       |       |        | Agulha para Puntura       |       |       |
|        | 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  | 01    |       |
|        | Etilefrina              |       |       |        | Dreno                     |       |       |
|        | Glicose 50%             |       |       |        | Eletrodo p/ Monitorização | 05    |       |
|        | Lidocaina               |       |       |        | Equipo para Sangue        |       |       |
|        | Metoclopramida          |       |       |        | Equipo para Soro          |       |       |
|        | Neostigmina             |       |       |        | 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              | 30    | 07    |
|        | Soro Glicosado          |       |       |        | Fio de Polipropileno      |       |       |
|        | Succinato de Estriol    |       |       |        | Gase 7,5x7,5              | 10    |       |
|        | Tenoxicam               |       |       |        | Lâmina de Bisturi         | 24    | 02    |
| 01     | <del>Resuscitação</del> |       |       |        | Luvas Estéreis 7,0        |       |       |
| 02     | Bolsa de Sangue         |       |       |        | Luvas Estéreis 7,5        | 04    |       |
|        |                         |       |       |        | Luvas Estéreis 8,0        |       |       |
|        |                         |       |       |        | Seringa 5ml               | 01    |       |
|        |                         |       |       |        | Seringa 10ml              | 01    |       |
|        |                         |       |       |        | Seringa 20ml              |       |       |
|        |                         |       |       |        | Sonda de Foley            | 22    | 01    |
|        |                         |       |       |        | Sonda Endotraqueal        |       |       |
|        |                         |       |       |        | Sonda Nasogástrica        |       |       |
|        |                         |       |       |        | Sonda Ureteral            |       |       |
|        |                         |       |       |        | Tubo para Aspiração       | 02    |       |
|        |                         |       |       |        | COMPRESSA AT 15           | 14    |       |
|        |                         |       |       |        | Dreno de Penrose 3        | 02    |       |
|        |                         |       |       |        | Dreno de Penrose 4        | 02    |       |
|        |                         |       |       |        | FIO DE CATETER            | 02    |       |

SUBTOTAL

SUBTOTAL

TOTAL

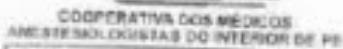
Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

25 MAI 2021

Assinatura do Cirurgião

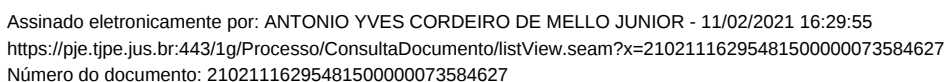
Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia



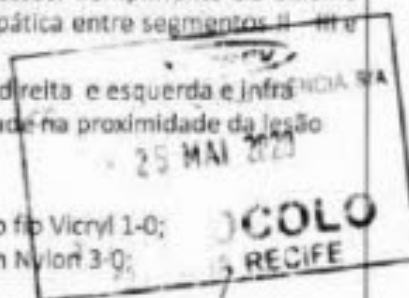


## № 10269

25 MAI 2020  
COLO  
RECIFE



| SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                        |                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------|
| RELATÓRIO DE OPERAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |                     |
| Unidade de Saúde: <b>HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |                     |
| Paciente: <b>IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                        | AT: <b>567994</b>   |
| Clínica: <b>Cirurgia Geral</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                        | REG.: <b>350174</b> |
| Operador: <b>Dr. PAULO PORTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                        |                     |
| 1º Assistente: <b>Dr. WENDSTEYNE LIMA(MR1)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 2º Assistente: <b>Dr. ISSAC JÚNIOR</b> |                     |
| Instrumentador: <b>Dr. Bruno Duarte (MR1)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Anestesista: <b>Dra. TALES PORTELA</b> |                     |
| Anestesia: <b>Geral</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                        |                     |
| DATA: <b>07/12/2019</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Início:                                | Término:            |
| Diagnóstico Pré-operatório: <b>LE + Esplenectomia + Controle de danos de lesão hepática e Pancreática (8 compressas) + drenagem cavitária</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                        |                     |
| Diagnóstico Pós-operatório: <b>LE com retirada de compressas + Toaleta cavitário + Drenagem cavitária</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                        |                     |
| Operação Proposta: <b>LE com retirada de compressas + Toaleta cavitário + Drenagem cavitária + síntese de parede abdominal</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                        |                     |
| Operação Realizada: <b>a mesma</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                        |                     |
| DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                        |                     |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Paciente em decúbito dorsal sob anestesia geral;</li> <li>2. Assepsia e antisepsia + aposição de campos cirúrgicos estéreis;</li> <li>3. Abertura de pontos da pele e da aponeurose com tesoura;</li> <li>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;</li> <li>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 e IV de Couinaud com Catgut 1.</li> <li>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;</li> <li>7. Revisão da hemostasia;</li> <li>8. Fechamento de aponeurose em pontos contínuos utilizando fio Vicryl 1-0;</li> <li>9. Fechamento da pele em pontos descontínuos à Donatti com Nylon 3-0;</li> <li>10. Curativo,</li> </ol> |                                        |                     |



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

*Início 09:00h* BLOCO CIRÚRGICO *Termino 12:45h* *Blind 567994*

PACIENTE Paula Josemaria dos Santos REGISTRO Nº 350174

SALA CIRÚRGICA Nº 06 DATA 01/12/19

CIRURGIA: Labioplastia exploradora + CIRURGIÃO: Dr. Nivaldo + Dr. Thiago Cesari

ANESTESIA: Local ANESTESIOLOGISTA: Dr. Priscila

| QUANT.                              | ESPECIFICAÇÃO                            | PREÇO |       | QUANT.                              | ESPECIFICAÇÃO               | PREÇO |       |
|-------------------------------------|------------------------------------------|-------|-------|-------------------------------------|-----------------------------|-------|-------|
|                                     |                                          | UNIT. | TOTAL |                                     |                             | UNIT. | TOTAL |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Oxigênio                                 |       | -     | 25x0                                | Agulha Descartável 25x0     | 01    | 06    |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Água Dentifada                           |       | 04    |                                     | Agulha para Pendura         |       |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Atropina                                 |       | 03    |                                     | Agulha para Raqui           |       |       |
|                                     | Bupivacaína                              |       |       |                                     | Atadura Gessada             |       |       |
| 1                                   | Cefazolina 1g esfina com dissolútil      |       |       |                                     | Atadura Crepom n.º 10       | 02    |       |
|                                     | Clonidina                                |       |       |                                     | Cateter para Oxigênio       | 01    |       |
| 1                                   | Dexametasona 4mg                         |       | 01    |                                     | Cateter para Venopunção     |       |       |
|                                     | Diclofenaco                              |       |       | 1                                   | Coletor de Urina Aberto     |       | 01    |
|                                     | Dipirona                                 |       |       | 1                                   | Coletor de Urina Fechado    |       | 01    |
| 1                                   | Etilefrina                               |       | 01    | 1                                   | Dreno <i>pericoma n.º 4</i> |       | 01    |
|                                     | Glicose 50%                              |       |       | 1                                   | Eletrodo p/ Monitorização   |       | 05    |
|                                     | Lidocaína                                |       |       | 1                                   | Equipo para Sangue          |       | 02    |
| 1                                   | Metoclopramida                           |       | 01    |                                     | Equipo para Soro            |       |       |
|                                     | Neostigmina                              |       |       |                                     | Fio Cat Gut Cromado         |       |       |
| 1                                   | <del>Prometacina</del> <i>Furosemida</i> |       | 01    |                                     | Fio Cat Gut Simples         |       |       |
|                                     | Ranitidina                               |       |       | 1                                   | Fio de <del>n.º</del> 3,0   |       | 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                           |       |       | <input checked="" type="checkbox"/> | Fio de Polipropileno 3,0    |       | 01    |
|                                     | Succinato de Estril                      |       |       |                                     | Gase 7,5x7,5                |       | 15    |
|                                     | Tenoxicam                                |       |       |                                     | Lâmina de Bisturi n.º 24    |       | 02    |
| 1                                   | <i>Ureterocel</i>                        |       | 02    |                                     | Luvas Estéreis 6,5          |       | 01    |
| 1                                   | <i>Sulfato de Magnésio</i>               |       | 01    |                                     | Luvas Estéreis 7,5          |       | 03    |
| 1                                   | <i>Metoprolol</i>                        |       | 01    |                                     | Luvas Estéreis 8,0          |       | 04    |
| 1                                   | <i>Sulfato de Magnésio</i>               |       | 01    |                                     | Seringa 5ml                 |       | 02    |
|                                     | <i>Alcoól 70%</i>                        |       |       | <input checked="" type="checkbox"/> | Seringa 10ml                |       | 05    |
| 1                                   | <i>Lidocaína gelada esteril</i>          |       | 01    |                                     | Seringa 20ml                |       |       |
|                                     | <i>200ml álcool 70%</i>                  |       |       | 1                                   | Sonda de Foley n.º 16       |       | 01    |
|                                     | <i>200ml Fluorexina digestante</i>       |       |       | 1                                   | Sonda Endotraqueal n.º 7,5  |       | 01    |
| 1                                   | <i>Epinefrina</i>                        |       | 01    | 1                                   | Sonda Nasogástrica n.º 20   |       | 01    |
| 1                                   | Fio algodão 3,0                          |       | 01    | 1                                   | Sonda Uretal n.º 14, 22     |       | 02    |
| 1                                   | <i>Amorpono</i>                          |       | 01    | 1                                   | Tubo para Aspiração         |       | 01    |
| 1                                   | Fio de Vial 1,0                          |       | 02    | 1                                   | <i>litro</i>                |       |       |
| 1                                   | <i>partes para subclavica</i>            |       |       | 1                                   | <i>frasequim</i>            |       |       |
| 1                                   | <i>Lidocaína gelada esteril</i>          |       | 01    |                                     | <i>M. barricho cláster</i>  |       |       |
|                                     |                                          |       |       |                                     | <i>Talco compressa</i>      |       |       |
| SUBTOTAL                            |                                          |       |       | SUBTOTAL                            |                             |       |       |
| TOTAL                               |                                          |       |       | TOTAL                               |                             |       |       |

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

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia

350174  
 NOME: TACILENE  
 NOME: TACILENE  
 NOME: TACILENE

25-MAI-2020  
 COLO  
 RECIFE

### FICHA DE ANESTESIA

N 05304

COOPERATIVA DOS MÉDICOS  
ASSISTÊNCIA CRISTÃ DO INTERIOR DE PE

1998, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 26

[illegible]

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

| BLOCO CIRÚRGICO                              |                      |       |       |                                               |                            |       |       |
|----------------------------------------------|----------------------|-------|-------|-----------------------------------------------|----------------------------|-------|-------|
| PACIENTE: <u>IZAIAS DOM MARIO DOS SANTOS</u> |                      |       |       | REGISTRO Nº <u>300174</u>                     |                            |       |       |
| SALA CIRÚRGICA Nº <u>06</u> Respe + Drenagem |                      |       |       | DATA <u>23.12.19</u>                          |                            |       |       |
| CIRURGIA: <u>lap. explorador + lap. 3</u>    |                      |       |       | CIRURGIÃO: <u>Dr. Paulo Porto, Wendsteyne</u> |                            |       |       |
| ANESTESIA: <u>0021</u>                       |                      |       |       | ANESTESIOLOGISTA: <u>Dr. Raimundo</u>         |                            |       |       |
| QUANT.                                       | ESPECIFICAÇÃO        | PREÇO |       | QUANT.                                        | ESPECIFICAÇÃO              | PREÇO |       |
|                                              |                      | UNIT. | TOTAL |                                               |                            | UNIT. | TOTAL |
| 01                                           | Oxigênio             |       |       | 01                                            | Aguilha Descartável 25x7   |       |       |
| 01                                           | Água Destilada       |       |       | 01                                            | Aguilha para Puntura 10x02 |       |       |
|                                              | Atropina             |       |       |                                               | Aguilha para Raqui         |       |       |
|                                              | Bupivacaína          |       |       |                                               | Atadura Gessada            |       |       |
| 01                                           | Cefazolina 1g        |       |       |                                               | Atadura Grepom             |       |       |
| 01                                           | Clonidina            |       |       | 01                                            | Cateter para Oxigênio      |       |       |
|                                              | Dezametasona 4mg     |       |       |                                               | Cateter para Venopunção    |       |       |
|                                              | Diclofenaco          |       |       |                                               | Coletor de Urina Aberto    |       |       |
|                                              | Dipirona             |       |       | 01                                            | Coletor de Urina Fechado   |       |       |
|                                              | Etilefrina           |       |       | 01                                            | Dreno TUNOX 12x32          |       |       |
|                                              | Glicose 50%          |       |       | 05                                            | Eletrodo p/ Monitorização  |       |       |
| 01                                           | Lidocaína 10ml       |       |       |                                               | Equipo para Sangue         |       |       |
| 01                                           | Metoclopramida       |       |       | 01                                            | Equipo para Soro           |       |       |
| 03                                           | Necotgmina           |       |       |                                               | Fio Cat Gut Cromado        |       |       |
|                                              | Prometazina          |       |       |                                               | Fio Cat Gut Simples        |       |       |
|                                              | Ranitidina           |       |       | 1                                             | Fio de Aço 10x02           |       |       |
|                                              | Ringer co Lactato    |       |       | 1                                             | Fio de Algodão 3x0         |       |       |
| 01                                           | Soro Fisiológico     |       |       | 01                                            | Fio de Nylon 2x0           |       |       |
|                                              | Soro Glicosado       |       |       | 1                                             | Fio de Polipropileno 4x0   |       |       |
|                                              | Succinato de Estriol |       |       | 01                                            | Gase 7,5x7,5               |       |       |
|                                              | Tenoxicam            |       |       | 01                                            | Lâmina de Bisturi 12x24    |       |       |
| 01                                           | Buclizina            |       |       | 1                                             | Luvas Estéreis 7,0         |       |       |
| 01                                           | Amoxicilina          |       |       | 1                                             | Luvas Estéreis 7,5         |       |       |
| 01                                           | Amoxicilina          |       |       |                                               | Luvas Estéreis 8,0         |       |       |
| 1                                            | Amoxicilina          |       |       |                                               | Seringa 5ml                |       |       |
|                                              |                      |       |       |                                               | Seringa 10ml               |       |       |
|                                              |                      |       |       |                                               | Seringa 20ml               |       |       |
|                                              |                      |       |       | 01                                            | Sonda de Foley 16          |       |       |
|                                              |                      |       |       | 01                                            | Sonda Endotraqueal 27x5    |       |       |
|                                              |                      |       |       | 01                                            | Sonda Nasogástrica 12x20   |       |       |
|                                              |                      |       |       | 01                                            | Sonda Uretal 14x19         |       |       |
|                                              |                      |       |       | 1                                             | Tubo para Aspiração        |       |       |
|                                              |                      |       |       | 1                                             | Placa de 10x10             |       |       |
|                                              |                      |       |       | 1                                             | Esponja de 10x10           |       |       |
| SUBTOTAL                                     |                      |       |       | SUBTOTAL                                      |                            |       |       |
|                                              |                      |       |       | TOTAL                                         |                            |       |       |

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

Assinatura do Cirurgião  
Dr. Wendsteyne Lima  
 Médico

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Exclusão (se) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do PRÓTOCO do ASU: 04.338.094-93 3 - Nome completo da vítima: Izaias Jeremias dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 460/2012

5 - Nome completo: Izaias Jeremias dos Santos 6 - Nº do ASU: 04.338.094-93

7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Barrada do Riachão 9 - Número: 270 10 - Complemento:

11 - Bairro: São João do Riachão 12 - Cidade: São Joaquim do Monte - PE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55670-000

15 - E-mail: 04.338.094-93

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR (ENTRE 9 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, sob pena de comprovar a falsidade (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTRA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$2.000,00 ☐ R\$2.500,00 ATE R\$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 ATE R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (sempre que o banco alterar, anotar em anexo) ☐ CONTA CORRENTE (se não for banco)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (100)

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 por morte do Seguro DPVAT a quem eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a liberação 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 receber o valor da 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.

Sob pena de 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, considerando, desde já, que me submeto à análise médica prevista no caso necessário, às normas 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 a minha concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Óbito da vítima com a vítima: ☐ Sim ☐ Não 26 - Vítima deixou com o parceiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou com o parceiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tiver filhos, informar: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou com o parceiro(a): ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tiver filhos, informar: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou com o parceiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ocorra a indenização do Seguro DPVAT por morte, apenas aos beneficiários do seguro que estiverem nesta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura de quem assina o pedido (a vítima): \_\_\_\_\_ 35 - Nome legível de quem assina o pedido (a vítima): \_\_\_\_\_ 36 - CPF legível de quem assina o pedido (a vítima): \_\_\_\_\_ 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a vítima): \_\_\_\_\_

38 - 1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ 39 - 2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha: \_\_\_\_\_ Assinatura da testemunha: \_\_\_\_\_

30 - Local e Data: São Joaquim do Monte 06/09/2020

40 - Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_ 41 - Assinatura do Beneficiário (se houver): \_\_\_\_\_ 42 - Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_

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

FPS-001-0002/2019



# 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 seqüela

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 (retrada cirúrgica) do baço | 10 %                                         | Em grau completo - 100 %                             | 10%       | R\$ 1.350,00          |
|                                            |                                              | Total                                                | 10 %      | R\$ 1.350,00          |



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-01472-07/20

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

Titular do CPF: IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS

CPF de: Próprio

### 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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradotalider.com.br](http://www.seguradotalider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo, ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 9h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 15080507

Pag. 00165-05166 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020183







## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do veículo do ASV: 3100189226 3 - CPF do vítima: 10433809493 4 - Nome completo da vítima: Gaias Josemarcio dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP Nº 001/2012

5 - Nome completo: Gaias Josemarcio dos Santos 6 - CPF: 10433809493

7 - Profissão: NENHUMA 8 - Endereço: Rua Barra do Riachão 270 9 - Número: 270 10 - Complemento:

11 - Bairro: St. Barão do Riachão 12 - Cidade: São Joaquim do Monte 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55670-000 15 - E-mail: 81 16 - Telefone: 992583037

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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:

☒ RECURSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00  
☐ R\$2.000,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (303)

☐ Caixa Econômica Federal (304)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os Bancos)

Nome do BANCO:

Itaú

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 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 IMIL - 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, comprometendo, 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou CIV) ☐ Divorçado ☐ Separação judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima doente com parêntese(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 herança (imóvel)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós/irmãos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte à única vítima beneficiária declarada e providere esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 255 do Código Penal.

34 - Imprimir o logotipo da vítima ou beneficiário (se houver)

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

São Joaquim do Monte - PE, 06 de 07 de 2021

Gaias Josemarcio dos Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

4002/2019

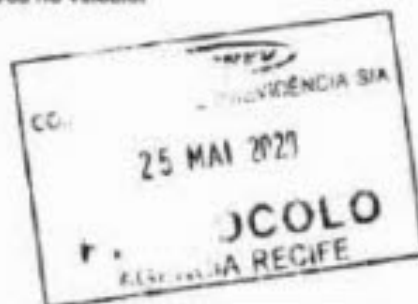
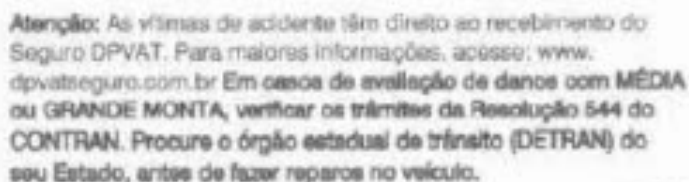
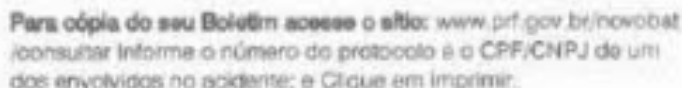




# PRF

# BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLLO: N° 20001478B01

[illegible]

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 20001478801

INFORMAÇÕES GERAIS

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

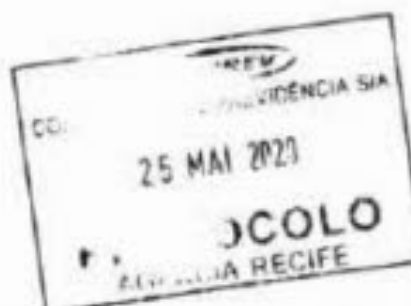
ASPECTOS DO LOCAL

|                                   |                            |
|-----------------------------------|----------------------------|
| 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 ROMÃO MARCILIO, matrícula 1515324, Policial Rodoviário Federal, em 09/11/2020, conforme registro oficial da Gráfica, com fundamento no § 2º do art. 15 da Medida Provisória Nº 2.250-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º do Decreto Nº 6.940, de 8 de outubro de 2010 e na alínea c do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 01-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/validacaodigital>, informando o protocolo 20001478801 e o número de controle 5A8F8C8EFC4F5C70084689A05842.

191









## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Exclusão (opcional) tipo(s) de cobertura: ☐ DABS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do contrato do ASU: 04.338.094-93 3 - CPF do titular: 123.456.789-01 4 - Nome completo do titular: Isaias Josemarino dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 460/2012

5 - Nome completo: Isaias Josemarino dos Santos 6 - Nº do contrato: 04.338.094-93

7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Barro da Riachão 9 - Número: 270 10 - Complemento:

11 - Bairro: São Barro da Riachão 12 - Cidade: São Joaquim do Monte - PE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55670-000

15 - E-mail: isaias@lider.com.br 16 - Telefone: (011) 258-2087

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 9 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, sob pena de comprovar a falsidade (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTRA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$2.000,00 ☐ R\$2.500,00 ATE R\$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 ATE R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (sempre que o banco alterar, anotar em anexo) ☐ CONTA CORRENTE (se não for banco)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (100)

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 por sinistro do Seguro DPVAT a quem eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a liberação 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 receber o valor da 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.

Sob pena de 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, considerando, desde já, que me submeto à avaliação médica prevista no caso necessário, às normas 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 a minha concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25/01/2022

25 - Óbito da vítima com atestado: ☐ Sim ☐ Não 26 - Vítima deixou com patrimônio: ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou com patrimônio, informar o valor completo:

28 - Vítima teve filhos: ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tiver filhos, informar:  30 - Vítima deixou com patrimônio: ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima deixou com patrimônio: ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tiver filhos, informar:  33 - Vítima deixou com patrimônio: ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a todos os beneficiários do seguro, independentemente da condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura de quem assina o pedido (a regra):  35 - Nome legível de quem assina o pedido (a regra):  36 - CPF legível de quem assina o pedido (a regra):  37 - Assinatura de quem assina o pedido (a regra):

38 - 1ª Nome:  39 - 2ª Nome:  40 - 3ª Nome:

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver):  42 - Assinatura do Beneficiário (se houver):  43 - Assinatura do Procurador (se houver):

44 - Local e Data: São Joaquim do Monte, 06/09/2020

45 - Assinatura do Representante Legal (se houver):  46 - Assinatura do Beneficiário (se houver):  47 - Assinatura do Procurador (se houver):

48 - Assinatura do Representante Legal (se houver):  49 - Assinatura do Beneficiário (se houver):  50 - Assinatura do Procurador (se houver):

51 - Assinatura do Representante Legal (se houver):  52 - Assinatura do Beneficiário (se houver):  53 - Assinatura do Procurador (se houver):

54 - Assinatura do Representante Legal (se houver):  55 - Assinatura do Beneficiário (se houver):  56 - Assinatura do Procurador (se houver):

57 - Assinatura do Representante Legal (se houver):  58 - Assinatura do Beneficiário (se houver):  59 - Assinatura do Procurador (se houver):

60 - Assinatura do Representante Legal (se houver):  61 - Assinatura do Beneficiário (se houver):  62 - Assinatura do Procurador (se houver):

63 - Assinatura do Representante Legal (se houver):  64 - Assinatura do Beneficiário (se houver):  65 - Assinatura do Procurador (se houver):

66 - Assinatura do Representante Legal (se houver):  67 - Assinatura do Beneficiário (se houver):  68 - Assinatura do Procurador (se houver):

69 - Assinatura do Representante Legal (se houver):  70 - Assinatura do Beneficiário (se houver):  71 - Assinatura do Procurador (se houver):

72 - Assinatura do Representante Legal (se houver):  73 - Assinatura do Beneficiário (se houver):  74 - Assinatura do Procurador (se houver):

75 - Assinatura do Representante Legal (se houver):  76 - Assinatura do Beneficiário (se houver):  77 - Assinatura do Procurador (se houver):

78 - Assinatura do Representante Legal (se houver):  79 - Assinatura do Beneficiário (se houver):  80 - Assinatura do Procurador (se houver):

81 - Assinatura do Representante Legal (se houver):  82 - Assinatura do Beneficiário (se houver):  83 - Assinatura do Procurador (se houver):

84 - Assinatura do Representante Legal (se houver):  85 - Assinatura do Beneficiário (se houver):  86 - Assinatura do Procurador (se houver):

87 - Assinatura do Representante Legal (se houver):  88 - Assinatura do Beneficiário (se houver):  89 - Assinatura do Procurador (se houver):

90 - Assinatura do Representante Legal (se houver):  91 - Assinatura do Beneficiário (se houver):  92 - Assinatura do Procurador (se houver):

93 - Assinatura do Representante Legal (se houver):  94 - Assinatura do Beneficiário (se houver):  95 - Assinatura do Procurador (se houver):

96 - Assinatura do Representante Legal (se houver):  97 - Assinatura do Beneficiário (se houver):  98 - Assinatura do Procurador (se houver):

99 - Assinatura do Representante Legal (se houver):  100 - Assinatura do Beneficiário (se houver):  101 - Assinatura do Procurador (se houver):





BRUNNEN, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 26

Copyright © 2006 by John Wiley & Sons, Inc.

|            |            |
|------------|------------|
| 7003684622 | 12/2019    |
| 24/12/2019 | 14/01/2020 |
|            | 73.58      |

[illegible]

|                               | 2010-2011 | 2011-2012 | 2012-2013 |
|-------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| Operating income              | 1,000,000 | 1,200,000 | 1,500,000 |
| Depreciation and amortization | 200,000   | 250,000   | 300,000   |
| Interest income               | 50,000    | 60,000    | 70,000    |
| Interest expense              | (100,000) | (120,000) | (150,000) |
| Income tax expense            | (200,000) | (250,000) | (300,000) |
| Net income                    | 850,000   | 1,040,000 | 1,220,000 |
| Dividends paid                | (100,000) | (120,000) | (150,000) |
| Retained earnings             | 750,000   | 920,000   | 1,070,000 |

Received 12 November 2003; accepted 12 November 2003

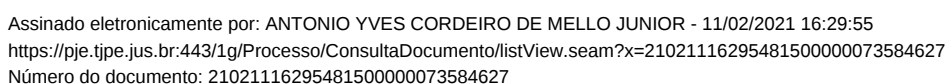
[illegible]

Figure 1 is a bar chart showing the percentage of respondents by age group and gender. The chart is divided into two main sections: 'Gender' (Male and Female) and 'Age Group' (18-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65+). The Y-axis represents the percentage of respondents, ranging from 0% to 100%.

| Gender | Age Group | Percentage |
|--------|-----------|------------|
| Male   | 18-24     | 15%        |
|        | 25-34     | 25%        |
|        | 35-44     | 20%        |
|        | 45-54     | 15%        |
|        | 55-64     | 10%        |
|        | 65+       | 15%        |
| Female | 18-24     | 20%        |
|        | 25-34     | 30%        |
|        | 35-44     | 25%        |
|        | 45-54     | 15%        |
|        | 55-64     | 10%        |
|        | 65+       | 10%        |

Source: Data collected from the survey, 2023.

**THE UNIVERSITY OF CHICAGO**  
The University of Chicago Press is pleased to announce the publication of the following titles in the series "The University of Chicago Press" in the year 1990. The series is published by the University of Chicago Press, 505 East Madison Street, Chicago, IL 60607-7099. The series is published by the University of Chicago Press, 505 East Madison Street, Chicago, IL 60607-7099. The series is published by the University of Chicago Press, 505 East Madison Street, Chicago, IL 60607-7099.

[illegible]

**SUS**Sistema  
Único de  
SaúdeMinistério  
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

**Renato Benício da Silva**

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

**350144**

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

**710710121081314181418**

8 - DATA DE NASCIMENTO

**26/08/91**

9 - SEXO

Masc. ☒ Feme. ☐

10 - RACIA/COR

**3**

11 - NOME DA MÃE

**Margete M. da Silva**

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

**8198181540**

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

**11111111111111111111**

14 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

**Vila Nova do Rio de Janeiro**

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

**João Pessoa**

17 - COD. BOM MUNICÍPIO

**2603303**

18 - UF

**PE**

19 - CEP

**53061-000****JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

**Pelutamento, urina com pontinho  
0407010238/4313/5d  
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

**041101030023**

29 - CLÍNICA

**urgência**

30 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

**urgência**

31 - DOCUMENTO

**1 - JORNAL 2 - JORNAL**

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

**29838462343**

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

**marcelo e m. Porto**

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

**24/12/19**

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

**25****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 BOMETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNPJ EMPRESA

44 - CNPJ

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURO**AUTORIZAÇÃO**

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

**Dr. Waldemir Soares da Silva**

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

**PC-40-004**

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

**262010384105-8**

49 - DOCUMENTO

**1 - JORNAL 2 - JORNAL**

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

**29838462343**

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

**24/12/19**

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

**25****COLO  
AGÊNCIA RECIFE****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 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

IRA

3 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Sérgio José da Silva

6 - Nº DO PROMITÁRIO

35074

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

707-410810813481347826/08/91

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masculino ☒

Feminino ☐

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Maria da Silva

12 - NOME DO RESPONSÁVEL

João da Silva

13 - TELEFONE DE CONTATO

819 81815163

14 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Vila Bona do Rio do Z. Paul

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

João da Silva

16 - COD. BGE MUNICÍPIO

25133059

17 - UF

PE

18 - CEP

55670000

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

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

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

20 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Paciente no 3º DPO LE + Extrapulmonar + controle de danos de lesão hepática + pancreática (8 compressas) + dor aguda constante.

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

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

5361

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - CLÍNICA

Ute

28 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Ute

29 - DOCUMENTO

CNS

30 - Nº DOCUMENTO (CNS/OPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

0415103010413

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

João da Silva

32 - DATA DA SOLICITAÇÃO

04/02/19

33 - ASSINATURA E GÊRMO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Alexandre da Silva

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

34 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

36 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAÍTO

37 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - Nº DO BILHETE

39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

CC - PREVIDÊNCIA  
25 MAI 2021  
COLO  
262010384106-9

### AUTORIZAÇÃO

40 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

41 - COD. ORGÃO EMISSOR

42 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

43 - DOCUMENTO

CNS

44 - Nº DOCUMENTO (CNS/OPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

PC-42-C04

45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

46 - ASSINATURA E GÊRMO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Waldemir Soares da Silva





SUS

Sistema Único de Saúde  
Ministério da SaúdeLAUDO 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

Santos Joazeiro da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

350374

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

1041402083481478

8 - DATA DE NASCIMENTO

28/08/91

9 - SEXO

Masc. ☒ Fm. ☐

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Maristela M. da Silva

12 - TELEFONE DE CONTATO

8119 811815463

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Vila Barra do Ancho Zou Rural

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

São Joaquim do Monte

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

2613305

18 - UF

PE

19 - CEP

55670000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de trauma abdominal fechado No 16º dia de uma lesão parietal esplênica + DC + TC, liberada de compressão tórácica com pneumotórax bilateral, fístula peritórax, saída de drenagem percutânea em ferida operatória.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Clínica + exames complementares

0407040188/K660/6d

0412040166/3272/5d

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

TAC ABDOME TOTAL COM CONTRASTE

0407040030/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

0415030013

28 - CLÍNICA

Cirurgia

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

CNS ☐ CPF ☐

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

32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

23/12/19

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

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

34 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

36 - ACIDENTE TRABALHO TRAJECTO

37 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - Nº DO BILHETE

39 - SEQUE

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CNES DA EMPRESA

42 - CNES

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

44 - APOSENTADO

45 - NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DO ÓRGÃO EMISSOR

49 - DOCUMENTO

CNS ☐ CPF ☐

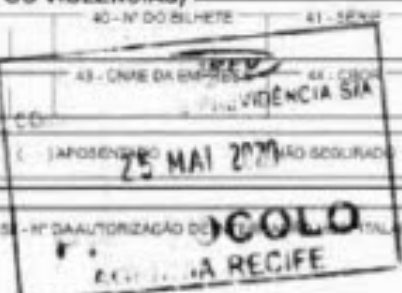
50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

PE-60-004

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Dr. Waldenir Soares da Silva







HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE  
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

BMT Chamado ao BC para  
04/12/19 avaliação de paciente vítima  
10:20 de acidente de trânsito. Acidente  
ocorrido em pontos curvas da Av.  
Aponte ferimento contuso em membro  
superior direito de fêmur fraturado  
pelo lado ant.  
condições: Sutura de fêmur.  
Pacientes portadores  
T. fêmur direito  
paciente em boas condições

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

( ) Paciente ( ) Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse psocômio, 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: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

04/12/2019 08:49:12  
2 de 2

Usuario do Atendimento  
DIEGOJLV



## SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

1.º

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: Ignacio Giovanni dos Santos

Nº do Registro: 350174

Clínica: B - Cirurgia Geral

Nº do Leito:

Operador: Dr. Manoel Fabris Mendes Porto1º Assistente: Dr. Tiago2º Assistente: Dr. Wanderson (R.)

Instrumentador:

Anestésico: Dr. PiresAnestesia: Geral

Duração:

Data da Operação: 04/12/19

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório: Trauma abdominal fechadoDiagnóstico Pós-Operatório: Laceração hepática + laceração esplênica +lesão contusa do corpo do colégeo e pâncreas comOperação Proposta: US laceração em cda perimetria,laceração do músculo em piloroOperação Realizada: A mesma + hemostase com fulguração de  
de vasos hepáticos + esplenotomia + laparotomia com  
3 conjuguas.

## DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

JCOLO

25 MAI 2021

- 1) Anestesia + antiespasm + colocação de cateter intravenoso
- 2) Incisão para medição vaginal e infra umbilical e disseção por plano até cavidade abdominal
- 3) Insuflação: laparotomia abdominal
- 4) Laceração hepática junto ao ligamento falciforme e ligamento II/III, laceração esplênica junto ao hilo, laceração da camada seromuscular em piloro, hemostase em rede conduta dos apêndices e varicela torniquete, lesão contusa do colégeo e corpo do pâncreas com laceração em cda perimetria - fuso
- 5) Realizada esplenotomia com agulha de vitor de hilo apical e gástrica antes com algodão
- 6) Eleição fulguração hepática e ligadura de vasos entre hepáticos em laceração junto ao ligamento falciforme (edacido gástrico)
- 7) Sutura da laceração da camada seromuscular em piloro em pontos 3-0
- 8) Realizada manobra de Colé e



a Kocher - não mandando lista de produtos ① Contar  
alças de delgado e analises de exames, transmissões,  
descendentes, sigiladas, com a nota - São Leões, Igreja  
São Leões, Avenida da Liberdade rejeitada em  
lotes II e III ② Dado a permissão de pagamento  
lotes e rejeição dos sistemas, optado por longo  
estudo com comparsa → 2 subfases ③, 2  
subfases ④, 1 infra-estrutura, 1 obra de saneamento  
e saneamento público e 2 em rejeição dos sistemas  
(8 conjuntos) ⑤ Sutura de gesso com ref 1 e  
Sutura de gesso 4 ref 30



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

564994

Rig: 350374 BLOCO CIRÚRGICO AT ~~5000000~~  
 PACIENTE: Isaías Fernandes dos Santos REGISTRO N° 342045  
 SALA CIRÚRGICA N° 04 DATA 27/12/19  
 CIRURGIÃO: Dr. Roberto de Almeida ANESTESIOLOGISTA: Thalio Portela  
 ANESTESIA: geral

| 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  | 01    |       |
|          | Etilefrina              |       |       |          | Dreno                     |       |       |
|          | Glicose 50%             |       |       |          | Eletrodo p/ Monitorização | 05    |       |
|          | Lidocaina               |       |       |          | Equipo para Sangue        |       |       |
|          | Metoclopramida          |       |       |          | Equipo para Soro          |       |       |
|          | Neostigmina             |       |       |          | 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              | 30    | 07    |
|          | Soro Glicosado          |       |       |          | Fio de Polipropileno      |       |       |
|          | Succinato de Estriol    |       |       |          | Gase 7,5x7,5              | 10    |       |
|          | Tenoxicam               |       |       |          | Lâmina de Bisturi         | 24    | 02    |
| 01       | <del>Resuscitação</del> |       |       |          | Luvas Estéreis 7,0        |       |       |
| 02       | Bolsa de Sangue         |       |       |          | Luvas Estéreis 7,5        | 04    |       |
|          |                         |       |       |          | Luvas Estéreis 8,0        |       |       |
|          |                         |       |       |          | Seringa 5ml               | 01    |       |
|          |                         |       |       |          | Seringa 10ml              | 01    |       |
|          |                         |       |       |          | Seringa 20ml              |       |       |
|          |                         |       |       |          | Sonda de Foley            | 22    | 01    |
|          |                         |       |       |          | Sonda Endotraqueal        |       |       |
|          |                         |       |       |          | Sonda Nasogástrica        |       |       |
|          |                         |       |       |          | Sonda Ureteral            |       |       |
|          |                         |       |       |          | Tubo para Aspiração       | 02    |       |
|          |                         |       |       |          | COMPRESSA AT 15           | 14    |       |
|          |                         |       |       |          | Dreno de Penrose 3        | 02    |       |
|          |                         |       |       |          | Dreno de Penrose 4        | 02    |       |
|          |                         |       |       |          | FIO DE CATETER            | 02    |       |
| SUBTOTAL |                         |       |       | SUBTOTAL |                           |       |       |
|          |                         |       |       | TOTAL    |                           |       |       |

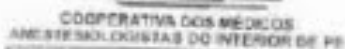
Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

25 MAI 2021

Assinatura do Cirurgião

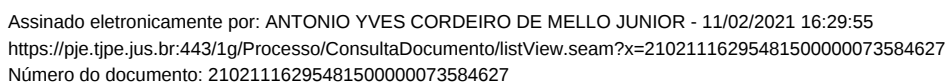
Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia



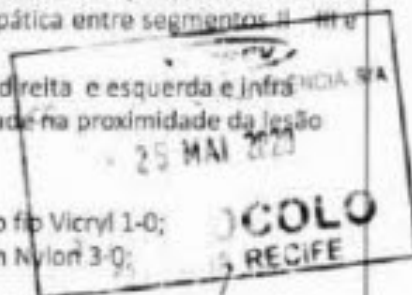


## № 10269

25 MAI 2020  
SCUOLA  
RECIFE



| SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------------------------------|
| RELATÓRIO DE OPERAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         |                                        |
| Unidade de Saúde: <b>HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         |                                        |
| Paciente: <b>IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |         | AT: <b>567994</b>                      |
| Clínica: <b>Cirurgia Geral</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |         | REG.: <b>350174</b>                    |
| Operador: <b>Dr. PAULO PORTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |         |                                        |
| 1º Assistente: <b>Dr. WENDSTEYNE LIMA(MR1)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |         | 2º Assistente: <b>Dr. ISSAC JÚNIOR</b> |
| Instrumentador: <b>Dr. Bruno Duarte (MR1)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         | Anestesista: <b>Dra. TALES PORTELA</b> |
| Anestesia: <b>Geral</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |         |                                        |
| DATA: <b>07/12/2019</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Início: | Término:                               |
| Diagnóstico Pré-operatório: <b>LE + Esplenectomia + Controle de danos de lesão hepática e Pancreática (8 compressas) + drenagem cavitária</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         |                                        |
| Diagnóstico Pós-operatório: <b>LE com retirada de compressas + Toaleta cavitário + Drenagem cavitária</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |         |                                        |
| Operação Proposta: <b>LE com retirada de compressas + Toaleta cavitário + Drenagem cavitária + síntese de parede abdominal</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |         |                                        |
| Operação Realizada: <b>a mesma</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |         |                                        |
| DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |         |                                        |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Paciente em decúbito dorsal sob anestesia geral;</li> <li>2. Assepsia e antisepsia + aposição de campos cirúrgicos estéreis;</li> <li>3. Abertura de pontos da pele e da aponeurose com tesoura;</li> <li>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;</li> <li>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 e IV de Couinaud com Catgut 1.</li> <li>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;</li> <li>7. Revisão da hemostasia;</li> <li>8. Fechamento de aponeurose em pontos contínuos utilizando fio Vicryl 1-0;</li> <li>9. Fechamento da pele em pontos descontínuos à Donatti com Nylon 3-0;</li> <li>10. Curativo,</li> </ol> |         |                                        |



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

Início 09:00h BLOCO CIRÚRGICO Término 12:45h  
PACIENTE Paula Josemaria dos Santos REGISTRO Nº 350174  
SALA CIRÚRGICA Nº 06 DATA 01/12/19  
CIRURGIA: Labioplastia exploratória + CIRURGIÃO: Dr. Nivaldo + Dr. Thiago Cesari  
ANESTESIA: Local ANESTESIOLOGISTA: Dr. Priscila

| QUANT.                   | ESPECIFICAÇÃO                       | PREÇO |       | QUANT.                   | ESPECIFICAÇÃO              | PREÇO |       |
|--------------------------|-------------------------------------|-------|-------|--------------------------|----------------------------|-------|-------|
|                          |                                     | UNIT. | TOTAL |                          |                            | UNIT. | TOTAL |
| TX                       | Oxigênio                            |       | -     | 25x07                    | Agulha Descartável 25x07   | 06    | 06    |
| <input type="checkbox"/> | Água Dentifada                      |       | 04    |                          | Agulha para Pendura        |       |       |
| <input type="checkbox"/> | Atropina                            |       | 03    |                          | Agulha para Raqui          |       |       |
|                          | Bupivacaína                         |       |       |                          | Atadura Gessada            |       |       |
| 1                        | Cefazolina 1g esfina com dissolúvel |       |       |                          | Atadura Crepom n.º 10      | 02    | 02    |
|                          | Clonidina                           |       |       |                          | Cateter para Oxigênio      | 01    | 01    |
| 1                        | Dexametasona 4mg                    |       | 01    |                          | Cateter para Venopunção    |       |       |
|                          | Diclofenaco                         |       |       | 1                        | Coletor de Urina Aberto    |       | 01    |
|                          | Dipirona                            |       |       | 1                        | Coletor de Urina Fechado   |       | 01    |
| 1                        | Etilefrina                          |       | 01    | 1                        | Dreno penrose n.º 4        | 01    | 01    |
|                          | Glicose 50%                         |       |       | 1                        | Eletrodo p/ Monitorização  | 05    | 05    |
|                          | Lidocaína                           |       |       | 1                        | Equipo para Sangue         | 02    | 02    |
| 1                        | Metoclopramida                      |       | 01    |                          | Equipo para Soro           |       |       |
|                          | Neostigmina                         |       |       |                          | Fio Cat Gut Cromado        |       |       |
| 1                        | Prometazina 1mg/ml                  |       | 01    |                          | Fio Cat Gut Simples        |       |       |
|                          | Ranitidina                          |       |       | 1                        | Fio de 3,0                 | 01    | 01    |
|                          | Ringer co Lactato                   |       |       | 1                        | Fio de Algodão 0           | 02    | 02    |
| <input type="checkbox"/> | Soro Fisiológico                    |       | 02    | <input type="checkbox"/> | Fio de Nylon 3,0           | 05    | 05    |
|                          | Soro Glicosado                      |       |       | 1                        | Fio de Polipropileno 3,0   | 01    | 01    |
|                          | Succinato de Estril                 |       |       |                          | Gase 7,5x7,5               | 15    | 15    |
|                          | Tenoxicam                           |       |       |                          | Lâmina de Bisturi n.º 24   | 02    | 02    |
| 1                        | Ureterocel                          |       | 02    | 1                        | Luvas Estéreis 6,5         | 01    | 01    |
| 1                        | Sulfato de Magnésio                 |       | 01    | 1                        | Luvas Estéreis 7,5         | 03    | 03    |
| 1                        | Metoprolol                          |       | 01    | 1                        | Luvas Estéreis 8,0         | 04    | 04    |
| 1                        | Sulfato de Magnésio                 |       | 01    | 1                        | Seringa 5ml                | 02    | 02    |
| 1                        | Adesivo de maldimento               |       | 10    | 1                        | Seringa 10ml               | 05    | 05    |
| 1                        | Lidocaína gelada esteril 01         |       |       | 1                        | Seringa 20ml               |       |       |
| 200ml                    | alcoól 70%                          |       | -     | 1                        | Sonda de Foley n.º 16      | 01    | 01    |
| 200ml                    | Fluorexina digestante               |       | -     | 1                        | Sonda Endotraqueal n.º 7,5 | 01    | 01    |
| 1                        | epinephrine                         |       | 01    | 1                        | Sonda Nasogástrica n.º 20  | 01    | 01    |
| 1                        | Fio algodão 3,0                     |       | 01    | 1                        | Sonda Uretal n.º 14,22     | 02    | 02    |
| 1                        | curaponto                           |       | 01    | 1                        | Tubo para Aspiração        | 01    | 01    |
| 1                        | Fio de Vicryl 1,0                   |       | 02    | 1                        | litro                      |       |       |
| 1                        | curaponto para subclavica           |       | 01    | 1                        | frangimento                |       |       |
| 1                        | Lidocaína gelada esteril 01         |       | 01    | 1                        | M. barricho cláster        |       |       |
|                          |                                     |       |       | 1                        | Talco compressa            |       |       |
| SUBTOTAL                 |                                     |       |       | SUBTOTAL                 |                            |       |       |
|                          |                                     |       |       | TOTAL                    |                            |       |       |

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

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia

350174  
PACIENTE: Paula Josemaria dos Santos  
CIRURGIÃO: Dr. Nivaldo + Dr. Thiago Cesari  
ANESTESIOLOGISTA: Dr. Priscila

25-MAI-2020  
COLO  
RECIFE



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

| BLOCO CIRÚRGICO                                     |                                  |       |       |                                               |                                |       |       |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------|-------|-------|-----------------------------------------------|--------------------------------|-------|-------|
| PACIENTE: <u>IZAIAS DOM MARIO DOS SANTOS</u>        |                                  |       |       | REGISTRO Nº <u>300174</u>                     |                                |       |       |
| SALA CIRÚRGICA Nº <u>06</u> <u>Respe + drenagem</u> |                                  |       |       | DATA <u>23.12.19</u>                          |                                |       |       |
| CIRURGIA: <u>lap. explorador + lap. 3</u>           |                                  |       |       | CIRURGIÃO: <u>Dr. Paulo Porto, Wendsteyne</u> |                                |       |       |
| ANESTESIA: <u>Geral</u>                             |                                  |       |       | ANESTESIOLOGISTA: <u>Dr. Raimundo</u>         |                                |       |       |
| QUANT.                                              | ESPECIFICAÇÃO                    | PREÇO |       | QUANT.                                        | ESPECIFICAÇÃO                  | PREÇO |       |
|                                                     |                                  | UNIT. | TOTAL |                                               |                                | UNIT. | TOTAL |
| <u>01</u>                                           | Oxigênio                         |       |       | <input type="checkbox"/>                      | Aguilha Descartável 25x7       |       |       |
| <input type="checkbox"/>                            | Água Destilada                   |       |       | <input type="checkbox"/>                      | Aguilha para Puntura 10x02     |       |       |
|                                                     | Atropina                         |       |       |                                               | Aguilha para Raqui             |       |       |
|                                                     | Bupivacaína                      |       |       |                                               | Atadura Gessada                |       |       |
|                                                     | Cefazolina 1g                    |       |       |                                               | Atadura Grepom                 |       |       |
| <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>TUNOX 1232</u>        |       |       |
|                                                     | Glicose 50%                      |       |       | <u>05</u>                                     | Eletrodo p/ Monitorização      |       |       |
| <u>01</u>                                           | Lidocaína <u>silencio</u>        |       |       | <u>01</u>                                     | Equipo para Sangue             |       |       |
| <u>01</u>                                           | Metoclopramida                   |       |       | <u>01</u>                                     | Equipo para Soro               |       |       |
| <u>03</u>                                           | Necalgmina                       |       |       |                                               | Fio Cat Gut Cromado            |       |       |
|                                                     | Prometazina                      |       |       |                                               | Fio Cat Gut Simples            |       |       |
|                                                     | Ranitidina                       |       |       | <u>1</u>                                      | Fio de Aço <u>valens 0</u>     |       |       |
|                                                     | Ringer co Lactato                |       |       | <u>1</u>                                      | Fio de Algodão <u>30</u>       |       |       |
| <u>12</u>                                           | Soro Fisiológico                 |       |       | <u>21</u>                                     | Fio de Nylon <u>20</u>         |       |       |
|                                                     | Soro Glicosado                   |       |       | <u>1</u>                                      | Fio de Polipropileno <u>40</u> |       |       |
|                                                     | Succinato de Estriol             |       |       | <u>17</u>                                     | Gase 7,5x7,5                   |       |       |
|                                                     | Tenoxicam                        |       |       | <u>01</u>                                     | Lâmina de Bisturi <u>1x24</u>  |       |       |
| <u>01</u>                                           | <u>Buclizina</u>                 |       |       | <u>1</u>                                      | Luvas Estéreis 7,0             |       |       |
| <u>01</u>                                           | <u>Amoxicilina</u>               |       |       | <u>1</u>                                      | Luvas Estéreis 7,5             |       |       |
| <u>01</u>                                           | <u>Amoxicilina</u>               |       |       |                                               | Luvas Estéreis 8,0             |       |       |
| <u>1</u>                                            | <u>Amoxicilina</u>               |       |       | <input type="checkbox"/>                      | Seringa 5ml                    |       |       |
|                                                     |                                  |       |       | <input type="checkbox"/>                      | Seringa 10ml                   |       |       |
|                                                     |                                  |       |       | <input type="checkbox"/>                      | Seringa 20ml                   |       |       |
|                                                     |                                  |       |       | <u>01</u>                                     | Sonda de Foley <u>16</u>       |       |       |
| <u>02</u>                                           | <u>Schreck tobaco</u>            |       |       | <u>01</u>                                     | Sonda Endotraqueal <u>27,5</u> |       |       |
| <u>11</u>                                           | <u>Comprimidos 11/5</u>          |       |       | <u>01</u>                                     | Sonda Nasogástrica <u>1250</u> |       |       |
| <u>01</u>                                           | <u>Equipo para monitorização</u> |       |       | <u>01</u>                                     | Sonda Uretal <u>14</u>         |       |       |
| <u>02</u>                                           | <u>extorção de desmoro</u>       |       |       | <u>1</u>                                      | Tubo para Aspiração            |       |       |
| <u>02</u>                                           | <u>Dreno pediculado 1403</u>     |       |       | <u>1</u>                                      | <u>Placa de</u>                |       |       |
| <u>02</u>                                           | <u>Soro de pley 1232</u>         |       |       | <u>1</u>                                      | <u>Calceol 10701</u>           |       |       |
|                                                     |                                  |       |       | <u>1</u>                                      | <u>Esponja</u>                 |       |       |
| SUBTOTAL                                            |                                  |       |       | SUBTOTAL                                      |                                |       |       |
|                                                     |                                  |       |       | TOTAL                                         |                                |       |       |

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

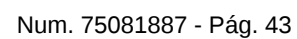
Assinatura do Cirurgião  
Dr. Wendsteyne Lima  
 Médico

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia

RECIFE  
 25 MAI 2019  
 COLO  
 RECIFE



COLO  
RECIFE



# 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 seqüela

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          |
|                                             |                                              | Total                                                | 10 %      | R\$ 1.350,00          |





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradotalider.com.br](http://www.seguradotalider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo, ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800-022-1204 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800-022-8189. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800-022-1206. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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: INVAUDEZ

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.seguradotalider.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 Lider-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 0121501218 - carta\_03 - INVAUDEZ

01040936



Carta nº 11807743





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradotalider.com.br](http://www.seguradotalider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo, ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800-022-12-04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800-022-8189. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800-022-12-06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200189226 Vítima: IZAIAS JOSEMARIO DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/12/2019 Cobertura: INVAUDEZ

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.seguradotalider.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

Pag. 0141001423- carta\_03 - INVAUDEZ

00000710

Carta nº 15911923





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo, ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 9h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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 braço 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

Pag. 0000072268 - conta\_30 - INVALIDEZ

00020284



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

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

1 966637119 \*\*\*\*\* 2019

NOME  
FABIANO FERREIRA DA SILVA

S. JOAQUIM NORTE-PE

CNPJ / CNPJ PLACA  
038.516.494-78 RL02593

PLACA ANT. UF CHASSI  
\*\*\*\*\* PE 9C2RC08108R185500

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL  
PAS / MOTOCICLETA GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MEC.  
HONDA/CG 150 TITAN RS 2008 2008

CAP. POR. CIL. CATEGORIA CCM PRECATORIA  
22/149CL PARTIC CINEA

OTIMIZAÇÃO VENC. COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA  
1 IFVA 2019 QUITADO 1 \*\*\*\*\*

2 \*\*\*\*\*  
3 \*\*\*\*\*

PREMIO TARIFARIO PRE. OF. PRE. PREMIO TOTAL PRE. DATA PAGAMENTO  
90.11 0.32 84.58 26/02/19

OF. SUPLENTE  
SEM RESERVA

S. JOAQUIM

09/03/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles

DIRETOR-GERAL LICENCIAMENTO DETRAN/PE

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

PE Nº 014803261314 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
FABIANO FERREIRA DA SILVA

55670-000

CASA S. JOAQUIM NORTE-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 8000 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2019 09/03/19

VIA CNPJ / CNPJ PLACA  
1 038.516.494-78 RL02593

PREMIUM MARCA / MODELO  
966637119 HONDA/CG 150 TITAN RS

ANO FAB. CHASSI PLACA  
2008 89 9C2RC08108R185500

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRE. PRE. DETRAN PRE. COTA ÚNICA PRE. PRE. DETRAN PRE. COTA ÚNICA PRE.  
36.05 4.01 40.06

PRE. DETRAN PRE. OF. PRE. COTA ÚNICA PRE. PRE. DETRAN PRE. COTA ÚNICA PRE.  
4.15 0.32 44.58

PREMIANTE DATA DE QUITAÇÃO  
K COTA ÚNICA PARCELADO 26/02/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ Nº 24.240.000/01-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT

ELA NÃO É DE PORTO OBRIGATORIO

