
Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200346408

Vítima: JOSEMAR FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 27/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSEMAR FERREIRA DA SILVA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **JOSEMAR FERREIRA DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000559**

Conta: **000000108018-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 06502007481 4 - Nome completo da vítima: JOSEANA FERREIRA DA SILVA

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

5 - Nome completo: JOSEANA FERREIRA DA SILVA 6 - CPF: 06502007481
 7 - Profissão: _____ 8 - Endereço: RUA NOVE 9 - Número: 52 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: ALTO BELA VISTA 12 - Cidade: CODO DE SANTO AGOSTINHO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54505-150
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 811 98862-3448

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 0559 CONTA: 00108018
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (se nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - _____
 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

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

40 - Local e Data, RECIFE 25 de Setembro 2020
Joseana Ferreira da Silva
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

DADOS CADASTRAIS

PERMANENTE

MORTE

MORTO

TESTEMUNHAS

02-0273167120



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 040ª CIRCUNSCRIÇÃO - CABO DE SANTO AGOSTINHO -
DP40ªCIRC DIM/10ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0130003715

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/08/2020** às **15:48**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 27/6/2020 às 17:30

Fato ocorrido no endereço: **CHARNECA, 00, BR 101 SUL** - Bairro: **CHARNECA - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **54510-360** - Ponto de Referência: **PROXIMO AO RETORNO E A RUA 34**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSEMAR FERREIRA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSEMAR FERREIRA DA SILVA

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

JOSEMAR FERREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **CARMELITA PETRONILA DA SILVA** Pai: **GENIVALDO FERREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **12/8/1986** Naturalidade: **CABO DE SANTO AGOSTINHO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6728846/SDS/PE (RG), 06502007481 (CPF), 05874220401 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **MOTOBOY** Telefones Celulares: **- 88176072**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CENTRO (BAIRRO), 52, RUA NOVE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA FAN CG150 ESDI (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSEMAR FERREIRA DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN MIX ESDI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE)**

Placa: **PFM6502 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

B.O.

(L)

Complemento / Observação

ESTEVE PRESENTE NESTA DELEGACIA O SR JOSEMAR FERREIRA DA SILVA PARA REGISTRAR O ACIDENTE DE TRÂNSITO EM QUE FOI VÍTIMA, NO DIA 27/06/2020. ELE ESTAVA CONDUZINDO UMA MOTO HONDA CG150 FAN, QUANDO UM OUTRO CONDUTOR DE UMA MOTOCICLETA BATEU EM SUA TRASEIRA, ELE FOI SOCORRIDO PELO SAMU (S-834263) E FOI POSTERIORMENTE REMOVIDO PARA O HOSPITAL DOM HELDER CAMARA (ATENDIMENTO 565148), ONDE NO DIA 29/06/2020 REALIZOU UM PROCEDIMENTO DE OSTEOSINTESE E TEVE ALTA NO DIA 30/06/2020. EM SEU LAUDO MÉDICO DATADO DO DIA 17/08/2020 CONSTA FRATURA DE UMEROS PROXIMAL ESQUERDO. (CID S 422)

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

Josemar Ferreira da Silva.

**JOSEMAR FERREIRA DA SILVA
(VITIMA)**

Roberto Domingues Garcia
B.O. registrado por: **ROBERTO DOMINGUES GARCIA** - Matrícula: **399699-9**
(Liberado em **25/08/2020 às 16:29**)

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 06502007481 4 - Nome completo da vítima: JOSEANA FERREIRA DA SILVA

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

5 - Nome completo: JOSEANA FERREIRA DA SILVA 6 - CPF: 06502007481
 7 - Profissão: _____ 8 - Endereço: RUA NOVE 9 - Número: 52 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: ALTO BELA VISTA 12 - Cidade: CODO DE SANTO AGOSTINHO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54505-150
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 811 98862-3448

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0559 CONTA: 00108018 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - _____

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____
 CPF: _____

 Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
 CPF: _____

 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RECIFE 25 de Setembro 2020
Joseana Ferreira da Silva
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

DADOS CADASTRAIS

PERMANENTE

MORTE

MORTO

TESTEMUNHAS

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

09/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

320034640801

VALOR TOTAL:

1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSEMAR FERREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00559

CONTA: 000000108018

Número da Autenticação

FDCBE70CD10DA4EF

**Fatura**

Número do Cartão:
5067.41XX.XXXX.3502
Atendimento a 40049009
Demais 0800 9409009

Vencimento da**17/06/2019****R\$ 931,00****Total Fatura****Pagamento Mínimo****R\$ 43,61**

ATENÇÃO Em caso de pagamento inferior ao valor total, o titular deverá arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Valor máximo dos encargos em casos de pagamento mínimo até o vencimento: R\$ 122,46
Data prevista para o fechamento da próxima 05/07/2019

IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA
R ESTRADA VELHA DO PAULISTA 170
RIO DOCE
53070620 OLINDA - PE

Demonstrativo

Data	Descrição	Cidade/País	Débito
03/05	TOTAL DA FATURA ANTERIOR		789,03D
17/05	OBRIGADO PELO PAGAMENTO		902,00C
13/05	AJUSTE CRED PARC S/ JUROS		0,01C
15/05	AJUSTE CRED PARC S/ JUROS		0,01C
Subtotal Nacional			112,99C

IZAQUE JOSE G SILVA 506741XXXXX3502**Movimentações Nacionais**

10/04	BS COMERCIO DE ALIMENT	02/02	OLINDA	139,27D
14/04	ElizangelaDe	02/02	OLINDA	27,70D
16/04	PG*PINPAG *OUTRO	01/02	SAO CAETANO D	320,99D
21/05	BS COMERCIO DE ALIMENT		OLINDA	18,99D
21/05	R J COMBUSTIVEIS E LIB		OLINDA	35,00D
22/05	JARDIM ATLANTICO COMBU		OLINDA	30,08D
22/05	SUPERMERCADO DO AMIGO		OLINDA	286,95D
24/05	POSTO CARTAXO		OLINDA	30,00D
25/05	NETFLIX.COM		SAO PAULO	27,90D
28/05	POSTO ATLANTIDA		PAULISTA	40,00D
28/05	NATALIA DE ORANGE LINS	01/02	PAULISTA	35,00D
29/05	POSTO CARTAXO		OLINDA	25,11D
04/06	POSTO CANCUM		PAULISTA	27,00D
Subtotal Nacional				1.043,99D
Total Nacional				931,00D

Total Fatura**931,00D****Encargos**

MULTA		2,00% a.m	
MORA		1,00% a.m	
PARCELADO COM JUROS		5,03% a.m	
CET PARCELADO COM JUROS		5,66% a.m	
PARCELAMENTO DE FATURA		9,50% a.m	
CET PARC.FATURA		10,13% a.m	
ROTATIVO	Para o Período	Máx Próx Período	
NAO PAGAMENTO MINIMO	11,80% a.m	13,80% a.m	
SAQUES	12,00% a.m	14,00% a.m	
CET ROTATIVO	12,42% a.m	14,42% a.m	
CET NAO PAGAMENTO MINIMO	12,42% a.m	14,42% a.m	
CET SAQUES	12,62% a.m	14,62% a.m	

Linha de Crédito

LIMITE/LINHA DE CREDITO TOTAL	R\$	1.400,00
LIMITE/LINHA PARA SAQUE CASH	R\$	420,00
LIMITE/LINHA COMP PARCELADA	R\$	1.400,00
Total de compras parceladas a vencer	R\$	355,99
Limite de Crédito Utilizado	R\$	1.286,99

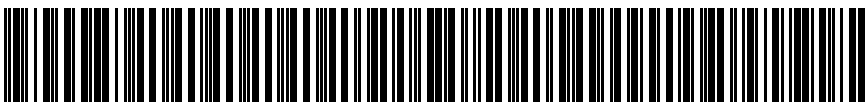
**104-0****10498.18543 09002.114941 58642.001109 6 000000000000**

Pagador: IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA R ESTRADA VELHA DO PAULISTA 170 RIO DOCE - 53070620 - OLINDA - PE				CPF/CNPJ do Pagador: 06579395443	
Nosso Número 14002149586420011-2	Nº do Documento 00214958642	Vencimento 17/06/2019	Valor do Documento 931,00	Valor Cobrado	
Beneficiário CARTÕES CAIXA - 00.360.305/0001-04				CPF/CNPJ Beneficiário 00.360.305/0001-04	
Endereço do Beneficiário SBS Quadra 4, Lotes 3/4, Asa Sul, Brasília/DF, CEP: 70.092-900					
Agência/Código Beneficiário 1813 / 818540-9				Autenticação Mecânica - Recibo do Pagador	
SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações, sugestões e elogios) Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492 Ouvidoria: 0800 725 7474 caixa.gov.br					

**104-0****10498.18543 09002.114941 58642.001109 6 000000000000**

Local de Pagamento PREFERENCIALMENTE NAS CASAS LOTÉRICAS ATÉ O VALOR LIMITE				Vencimento 17/06/2019	
Beneficiário CARTÕES CAIXA - 00.360.305/0001-04 SBS Quadra 4, Lotes 3/4, Asa Sul, Brasília/DF, CEP: 70.092-900				Agência/Código Cedente 1813 / 818540-9	
Data do Documento 05/06/2019	Nº do Documento 00214958642	Espécie Doc. FT	Aceite N	Data do Processamento 05/06/2019	Nosso Número 14002149586420011-2
Uso do Banco	Carteira SR	Espécie de Moeda R\$	Quantidade	Valor	1 (=) Valor do Documento 931,00
Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário) O VALOR INFORMADO NO CAMPO 'VALOR DO DOCUMENTO' CORRESPONDE AO TOTAL DA FATURA. EM CASO DE PAGAMENTO PARCIAL, PREENCHER O CAMPO 'VALOR COBRADO' COM O VALOR A SER PAGO. OS ENCARGOS DECORRENTES DE PAGAMENTO APÓS O VENCIMENTO OU PAGAMENTO INFERIOR AO VALOR TOTAL SERÃO INCLuíDOS NA PRÓXIMA FATURA. APÓS 17/06/2019 PAGAR SOMENTE NAS AGÊNCIAS DA CAIXA. ATENÇÃO: NÃO SERÃO ACEITOS PAGAMENTOS EM CHEQUES					2 (-) Descontos/Abatimentos 3 (-) Outra Deduções 4 (+) Mora/Multa 5 (+) Outros Acréscimos 6 (=) Valor Cobrado
Pagador: IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA R ESTRADA VELHA DO PAULISTA 170 RIO DOCE OLINDA				CPF/CNPJ: 06579395443	
Sacador / Avalista:				UF: PE CEP: 53070620 CPF/CNPJ:	

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



INSTRUÇÕES PARA PAGAMENTO

O pagamento da sua fatura pode ser realizado no Internet Banking CAIXA, no site caixa.gov.br (se correntista), nas Casas Lotéricas, nos Correspondentes CAIXA Aqui, nas agências da CAIXA e em qualquer agência bancária do País. Para pagamento nos canais da CAIXA, não há necessidade de levar a fatura, basta levar seu cartão. Limites para recebimento de pagamento podem ser aplicados em Casas Lotéricas, correspondentes bancários e no Internet Banking CAIXA.

SAC CARTÃO DE CRÉDITO - 0800 726 0101

Atendimento disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana, para atendimento exclusivo a clientes portadores de Cartão de Crédito CAIXA para solução de demandas relativas a reclamações, cancelamento, fornecimento de informações públicas e gerais sobre o cartão de crédito, além de sugestões e elogios. Informações de caráter particular, que envolvam identificação detalhada do consumidor, serão tratadas pela Central de Atendimento Cartões CAIXA.

ATENDIMENTO A PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA OU DE FALA – 0800 882 2492

OUIDORIA CAIXA - 0800 725 7474

Situações não solucionadas e denúncias.

ENCARGOS DE ROTATIVO SOBRE O SALDO FINANCIADO

Corresponde ao valor e ao percentual aplicado sobre o saldo devedor quando houver a utilização do crédito rotativo na fatura anterior. É composto por juros e tributos incidentes sobre as operações de crédito (IOF).

ENCARGOS REFERENTES AO ATRASO

Corresponde ao valor e ao percentual aplicado sobre o valor mínimo da fatura durante o período de atraso. Os encargos são calculados a partir da data de vencimento da fatura até a data do pagamento, sendo que sobre a parcela vencida de Parcelamento de Fatura Decorrente de Saldo Remanescente de Crédito Rotativo incidirá a mesma taxa do parcelamento, e para os demais valores em atraso, incidirá a taxa de juros de financiamento (crédito rotativo).

ENCARGOS PARA SAQUES EFETUADOS

Percentual aplicado sobre o valor do(s) saque(s) em dinheiro realizado(s) no período descrito na fatura. Os encargos incidirão a partir do dia do saque até o vencimento da fatura.

ENCARGOS DE ROTATIVO MÁXIMOS PARA O PRÓXIMO PERÍODO

Corresponde ao valor e ao percentual máximos que poderão ser aplicados sobre o saldo devedor se houver a utilização do crédito rotativo nesta fatura. É composto por juros e tributos incidentes sobre as operações de crédito (IOF).

ENCARGOS MÁXIMOS PARA SAQUE NO PRÓXIMO PERÍODO

Percentual máximo que poderá ser aplicado sobre o valor do saque em dinheiro na próxima fatura, caso haja utilização.

LINHA DE CRÉDITO

As linhas de crédito Total e Saque são os valores máximos que você pode utilizar para a realização de despesas com compras e saques em dinheiro (nos caixas eletrônicos autorizados). Pagamentos de tarifas e encargos no seu cartão estão descritos no anverso da fatura. Há incidência de encargos contratuais para ambas as linhas de crédito e de tarifa de serviço no caso de saque.

PERDA OU ROUBO DO CARTÃO

Em caso de perda ou roubo de seu cartão, comunique imediatamente à Central de Atendimento Cartões CAIXA. A partir da comunicação à Central, seu cartão será bloqueado e você não mais será responsável por sua utilização.

DESPESAS INTERNACIONAIS

Para as compras/saques em moeda estrangeira, a conversão em reais poderá ser feita pela cotação do dólar da data da transação ou pela cotação vigente no dia do pagamento da fatura. Entre em contato com a Central de Atendimento para optar entre as duas possibilidades oferecidas.

CRÉDITO ROTATIVO*

É a possibilidade de fi nanciar o saldo devedor constante na fatura. Para utilizá-lo, basta pagar qualquer valor entre o pagamento mínimo e o total da fatura. Caso opte pelo fi nanciamento, sobre o saldo financiado incidirão encargos contratuais que serão cobrados na próxima fatura. O crédito rotativo somente poderá ser utilizado por 30 dias. Após esse período, o saldo devedor mais encargos estarão contidos integralmente no pagamento mínimo da próxima fatura.

PARCELAMENTO DE FATURA*

O parcelamento de fatura é mais uma opção de pagamento que a CAIXA coloca à sua disposição. Para utilizá-lo, entre em contato com a Central de Atendimento Cartões CAIXA até a data de vencimento da fatura, verifi que se a linha está disponível e escolha o plano mais adequado às suas necessidades. A CAIXA pode encaminhar propostas de parcelamento junto à fatura. A vantagem é que você pode efetuar o pagamento de suas despesas em parcelas fi xas e consecutivas.

COMPRAS PARCELADAS*

Há duas modalidades de pagamento parcelado de compras à sua disposição:

1. parcelamento sem juros: oferecido pelo estabelecimentos, que defi nem a quantidade de parcelas;
2. parcelamento com juros: é uma linha de crédito colocada à sua disposição pela CAIXA. Pode ser utilizado em até 48 vezes com juros reduzidos em qualquer estabelecimento. Basta solicitar ao vendedor no momento da compra e o valor das parcelas é informado na hora. Os encargos incorrerão a partir do momento da compra.

PROGRAMA PONTOS CAIXA

O Programa Pontos CAIXA traz vantagens para você que utiliza os Cartões de Crédito CAIXA MasterCard e Visa nas variantes Internacional, Gold, Platinum, Black e Infinite; Elo nas variantes Mais, Grafite e Nanquim e JCB na variante Único. Para aderir ao programa, não precisa pagar nada, basta utilizar seu cartão. Todas as suas compras efetuadas no Brasil e no exterior são convertidas em pontos que podem ser utilizados em programas de parceiros. O saldo de pontos pode ser consultado no anverso da fatura.

SMS

Faça o cadastramento na Central de Atendimento Cartões CAIXA para receber mensagens de SMS relativas às compras e aos saques realizados com o seu Cartão de Crédito.

ATRASO NO RECEBIMENTO DA FATURA

Caso não receba a sua fatura mensal em tempo hábil para efetuar o pagamento, não se preocupe. Você pode consultar a sua fatura pelo App Cartões CAIXA, ou ainda optar por receber a sua fatura por e-mail. Basta solicitar na Central de Atendimento Cartões CAIXA. O App está disponível na Google Play e na App Store.

MULTA

Valor obtido a partir de percentual aplicado sobre o saldo total ou em atraso, pelo não pagamento na data de vencimento da fatura.

MORA

Valor obtido a partir de percentual aplicado sobre o saldo da fatura em atraso, pro rata dia.

IOF

Imposto sobre operações de crédito, câmbio e seguro ou relativas a Títulos ou Valores Mobiliários.

CET - CUSTO EFETIVO TOTAL

Conforme Resolução BACEN nº 3517, consta na fatura o CET das operações de crédito de seu cartão.

PAGAMENTO MÍNIMO

Valor obtido a partir de percentual aplicado sobre os gastos do mês, mais saldo não pago do mês anterior mais encargos e parcelas de financiamentos anteriores, caso existam. O saldo restante é financiado com incidência de encargos contratuais.

OUTRAS INFORMAÇÕES

1. Esta fatura mensal substitui as anteriores e não constitui documento de quitação de transações anteriores não lançadas e/ou não pagas. Fica ressalvado à CAIXA o direito de cobrar débito anterior não pago.
2. A falta de pagamento do valor mínimo exigível determina o vencimento antecipado da dívida, reservando-se à CAIXA o direito de cobrar a qualquer tempo e de uma só vez o valor total da fatura, com os acréscimos contratuais de mora.
3. As transações efetuadas estarão lançadas no Demonstrativo de Despesas e integrarão o valor total desta fatura.
4. Reclamações poderão ser feitas no prazo de até 90 dias do recebimento da fatura mensal.
5. Esta fatura mensal tem capacidade para registrar um número limitado de operações. Se o número for excedido, serão emitidas tantas folhas quantas forem necessárias e a totalização das despesas estará indicada na primeira folha.
6. As relações entre o cliente e a CAIXA são regidas por contrato registrado no 2º Ofício de Registro de Títulos e Documentos de Brasília. O contrato pode ser consultado no site caixa.gov.br, área sobre Cartão de Crédito.

* O valor do limite total será comprometido com o valor das parcelas vincendas (do parcelamento de fatura e das compras parceladas), de saldo financiado de período anterior e de eventual saque realizado.



BAIXE O APP CARTÕES CAIXA.

Você pode consultar o limite e as faturas de seu cartão de crédito, ligar ou desligar seu cartão para compras e saques, liberar para uso no exterior, solicitar nova via e adicionais, atualizar seu cadastro, além de consultar e resgatar seus pontos do Programa Pontos CAIXA. Disponível na Google Play e App Store.



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DÓCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Isaque José Gomes da Silva
inscrito (a) no CPF/CNPJ 065793954143 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
JOSEMAR FERREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 065020074181
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSEMAR FERREIRA DA SILVA
inscrito (a) no CPF sob o Nº 065020074181, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>ESTRADA VELHA DO PAULISTA</u>		Número: <u>170</u>	Complemento:
Bairro: <u>RIO DOCE</u>	Cidade: <u>OLINDA</u>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>53070-620</u>
E-mail:		Tel. (DDD): <u>(81) 98862-3448</u>	

Local e Data: OLINDA 25 de SETEMBRO 2020

Isaque José Gomes da Silva
Assinatura do Declarante



Prefeitura Municipal do Cabo de Santo Agostinho
Secretaria Municipal de Saúde



DECLARAÇÃO

Consta em nº de ocorrência **S-834263** que a Unidade de Suporte Básica do Samu Cabo de Santo Agostinho foi solicitada no dia 27/06/2020, para prestar atendimento ao **SR JOSEMAR FERREIRA DA SILVA**, inscrito no Cadastro de Pessoa Física sob o nº **065.020.074-81**, na BR 101 Sul s/n Charneca, próximo ao retorno e a Rua 34, no Cabo de Santo Agostinho.

O mesmo foi vítima de colisão moto com moto, sendo atendido no local e posteriormente removido para o Hospital Dom Helder Câmara.

Cabo de Santo Agostinho, 10 de julho de 2020.

Atenciosamente,


Camilla Zoppi
Coordenação de Enfermagem
Samu 192

Camilla Zoppi
COREN-PE-120253-ENF

SAMU 192
Cabo de Santo Agostinho

Resumo de Alta Hospitalar / Orientação Final / Ficha de Esclarecimento

Nome: JOZILMA FERREIRA SILVA Registro nº 400558
Idade: _____ Sexo: M Data da Admissão: 29/06/20 Data da Alta: 30/06/20

Diagnósticos Definidos: Fraturas de membro superior

Conduta / Procedimentos Realizados: Ortopedia

Prescrição para o Domicílio: ORTOPEDIA (+ AINES)

Informações Complementares: acompanhamento musculoterapia (+ fisioterapia)

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

Assinatura do Médico e Carimbo

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) senhor(a)

JOKEUMA FRANCINA SILVA foi atendido (a) neste

serviço no dia: 30/06/20 CID: S92.2

Necessitado de 15 dias de afastamento de suas atividades
(no trabalho ou escola).

Estando apto para voltar ao trabalho.

Como acompanhante.

Outros: _____

luzia de 06 de 20 20



Médico

RECEITUÁRIO


João F. Sales

ly

vd anal

• ketoprofeno 50mg — oler
tomar a cada 8h
por 11 dias

• NORGESTREL 50mcg — oler
tomar a cada 12h
por 11 dias


31/06/12

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTEAtendimento do Paciente: 565148
Usuário do Atendimento: EDJANEPBData e Hora do Atendimento: 27/06/2020 21:58
Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: JOSEMAR FERREIRA DA SILVA

Prontuário: 40058

Nome da Mãe: CARMELITA PETRONILA DA SILVA

Nome do Pai: GENIVALDO FERREIRA DA SILVA

Data do Nascimento: 12/09/1986

Idade: 33 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG: 6728846

SDS-PE Data Emissão: 13/09/2010

CPF: 06502007481

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) COMPLETO

Carteira Nacional SUS: 162480299710001

Ocupação Habitual: VENDEDOR

Endereço: RUA NOVE

52 CENTRO

Cidade: CABO

PE

CEP: 54510020

Fone: 8187857556

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: SAMU

Jico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 17

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Cabo de Santo Agostinho, 27/06/2020

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTACondições de Alta: REG. EM FEALC DO PACIENTE X GEM / NÃO MANEJA MARCHADiagnóstico: PEL. OPERATÓRIA DE FRACTURA DE UMBILICOProcedimento: DIFERENCIARData em: 30/06/20 Hora: _____

Médico e C.R.M.: _____

Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____

Assinatura e R.G.: _____

HDH - Hospital Dom Helder Câmara
Wederlan R. Silva
Assistente Adm. I
SAME / FaturamentoHDH - Hospital Dom Helder Câmara
CCH - Clínica Central de Infec. Hosp.
*[Handwritten signature]**[Handwritten signature]*
02/06/2020



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

SOLICITAÇÃO DE EXAME DE DIAGNÓSTICO
POR IMAGEM E MÉTODOS GRÁFICOS

NOME: Josemar Ferreira IDADE: _____

REGISTRO: 60058 SETOR SOLICITANTE: _____ DATA: / /

AMBULATÓRIO HOSPITAL ENF: _____ LEITO: _____

EMERGÊNCIA URGÊNCIA ROTINA CONTROLE

EXAME: Rx ombro (E) A7/P

MOTIVO: _____

REQUISITANTE/CARIMBO: _____



LAUDO:

Fazer Rx no município
de engem

DATA: / /

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO



Clinica: **AmorSaúde Cabo de Santo Agostinho** | (31) 3521-5550 - Rodovia BR-101 Sul, 101 - Distrito Industrial Diper - Cabo de Santo Agostinho - PE
 Paciente: JOSEMAR FERREIRA DA SILVA | Tel.: (81) 98482-3205 | CPF: 065.020.074-81 | Nascimento: 12/08/1986
 Convênio: **Cartão de TODOS**

Recebido por: **Carolyna** | Data Emissão Pagto: **23/07/2020** | Data Agendamento: **23/07/2020**
 Impressão: **2267845** | Usuário de Impressão: **Carolyna** | Dta. da Impressão: **23/07/2020 16:15:51**

Procedimento

RX do Ombro Ou Escapula Em Ap,Per	Repasse 40,00
Total: (1 itens):	R\$ 40,00

Boris Berenstein | Tel.: (81) 3216-1900 - Avenida Presidente Getúlio Vargas, 745, Centro, Cabo de Santo Agostinho - PE

AMOR SAUDE
 CLINICA MEDICA ODONTOLÓGICA
 SANTO ANTONIO LTDA
 CNPJ: 30.984 100/0001-60
 Rod. Br 101 Sul, 2750
 Dist. Industrial
 Cabo de Santo Agostinho - PE
 IB Carolyna Estefany

FICHA DE CONFIRMAÇÃO DO AGENDAMENTO

Setor: AMBULATORIO DE EGRESSO

Usuario do Agendamento: LAISMSR

Paciente: 40058 JOSEMAR FERREIRA DA SILVA

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Medico do Agendamento: LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO

Convênio: SIA/SUS - AMBUL/URGEN.EMERG

Tipo de Agendamento:

Data da Agenda: 17/08/2020

PREZADO CLIENTE, AS SENHAS SERÃO ENTREGUES POR ORDEM DE CHEGADA

HORÁRIO: 07h ATÉ 08h.

APÓS O HORÁRIO, NÃO SERÁ POSSÍVEL O ATENDIMENTO

CONFIRMAR CONSULTA UM DIA ANTES. FONE: (81) 3183-0149 A PARTIR DAS 13HS..

PARA ATENDIMENTO É OBRIGATORIO APRESENTAÇÃO DESTE DOCUMENTO E RG OU CPF



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 565134

Data e Hora: 27/06/2020 18:46

Senha da Classificação: [REDACTED]

Paciente: 40058 JOSEMAR FERREIRA DA SILVA Sexo: MASCULINO
 Data do Nascimento: 12/08/1986 Idade: 33 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
 Nome da Mãe: CARMELITA PETRONILA DA SILVA Nome do Pai: GENIVALDO FERREIRA DA SILVA
 Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA CRM: 17726
 Endereço: RUA NOVE -- BELA VISTA PE Bairro: CENTRO
 Cidade/UF: CABO PE Usuário Atendimento: SANDRACA
 RG (Identidade): 6728846 Data de Emissão: 13/09/2010 Fone: 8187857556
 CPF (Cadastro de Pessoa Física): 0650200748 Data de Emissão CRN: [REDACTED]
 Cartão SUS: 162480299710001

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Paciente vítima de acidente motociclístico, perda da consciência e/ou vômitos e tórax.

Exame Físico

- (A) VHS: PÊNIS, PÊNIS. com coxa cervical
- (B) IVA em PHT, s/ra. SatO₂ = 97%
- (C) RC em DT, BNFII. FC = 71 bpm
- (D) PUPILAS ISOCÓNICAS, REAÇÃO GEMEL ECG = 25
- (E) ABOME FLUIDO, DEPRESSÍVEL, INDETERMINADO DO OMBRO

Diagnóstico

- POLTRUM

Conduta Terapêutica

- Solicito Rx do Tórax

Prescrição Médica

- DIETA RENO
- DILATAD. SINT. AD EV
- SF 0,9% 500 ml EV

19:50h [Signature]

Dra. Danielle Teti Magalhães
Médica
CRM PE 18345
Carimbo Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

[REDACTED]

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 27/06/2020 18:34



Nome Paciente: JOSEMAR FERREIRA DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 12/08/1986
Sexo: Masculino
Idade: 33 anos
Senha: 0026
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 27/06/2020 18:35 - 27/06/2020 18:43

ROSALIA GOMES DA SILVA - COREN: 226189 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU CABO, APOS COLISAO MATO X MOTO, CURSANDO COM DOR EM OMBRO E + TORAX HA 30 MINUTOS.

Observação:

NEGA HAS, ALERGIAS MEDICAMENTOSAS. REFERE DM, FAZ USO DE INSULINA NPH 1 X DIA, METIFORMINA E GLIBENCLAMIDA 1 X DIA. SAT 97%, FC 71 BPM, PA 190/110

Exatograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
- DOR MODERADA (4-7/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: ROSALIA GOMES DA SILVA - COREN: 226189 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 27/06/2020 18:43

HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: JOSE MAR FERRAZ DOS SANTOS Registro: 10053 Nº Atendimento: _____
Idade: 33 Sexo: M Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não
Clínica: TRA Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração: _____

Dor ombro @

História da Doença Atual: _____

Acute m. cervic. dor +
limit. do movimento.

Frot. cervic. @

Interrogatório Sintomatológica: _____

Dor + limit. do movimento.

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome Compl.: JOSEMMAR FERREIRA DA SILVA Data Nasc.: 12/08/86

Registro: 40088 Clínica: ortop Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
27/06/2020 21:53	#ortop Frnt. Úmero prox. (E) (L)
	Sci. ex. lab (473904) - JUN PI HC CAMARÁ
28/06/2020 8:40	Igor Aburab Ortopedia e Traumatologia CRM 27778 #Ortopedia # HD Frnt. Úmero Proximal (E) RT curv. interna para Ho curv.
especialista 6:50	Dr. Bruno Daltro Ortopedia e Traumatologia CRMPE: 26.193 #Ortopedia # HD: Frnt. Úmero Prox. (E) RT curv. interna para Ho curv.
	Dr. Bruno Daltro Ortopedia e Traumatologia CRMPE: 26.693

TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL – NRS 2002

Data: 28/06/20

Paciente: Josmar Ferreira da Silva Registro: 40058 DN: 12/08/86
 Peso atual: _____ Peso habitual: 69 A/I: 1,65 CP: _____ CB: _____ Idade: 33 Leito: Verde-710

Parte 1 – Triagem Inicial	SIM	NÃO
Paciente Apresenta IMC < 20,5?		X
Houve Perda de Peso nos Últimos 3 meses?		X
Houve Redução na Ingesta de alimentos na última semana?		X
Paciente apresenta doença grave, está em mau estado geral ou UTI?		X

SIM: Se a resposta for "sim" para qualquer uma das questões, o Nutricionista deverá continuar a preencher a parte 2.

NÃO: Se a resposta for "não" para todas as questões, reavalie o paciente semanalmente.

Se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar Terapia Nutricional para evitar riscos associados. Continue e preencha a parte 2.

Estado Nutricional		Gravidade da doença (Efeito do estresse metabólico no aumento das necessidades nutricionais)	
Ausente (Pontuação 0)	Estado Nutricional Normal	Ausente (Pontuação 0)	Necessidades Nutricionais Normais
Leve (Pontuação 1)	Perda de peso >5% em 3 meses ou ; Ingestão alimentar abaixo de 50-75% da necessidade normal na semana anterior.	Leve (Pontuação 1)	Fratura de Quadril; Pacientes crônicos com complicações agudas; Cirrose, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), Diabetes, Câncer, Hemodiálise crônica.
Moderado (Pontuação 2)	Perda de peso >5% em 2 meses ou ; IMC 18,5-20,5 + condição geral comprometida ou ; Ingestão alimentar entre 25-60% da necessidade normal na semana anterior.	Moderado (Pontuação 2)	Cirurgia abdominal de grande porte; Acidente vascular cerebral (AVC); Pneumonia grave; Doenças malignas hematológicas (leucemias e linfomas).
Grave (Pontuação 3)	Perda de peso >5% em 1 mês (>15% em 3 meses) ou IMC <18,5+ condição geral comprometida ou ; Ingestão alimentar entre 0-25% da necessidade normal na semana anterior.	Grave (Pontuação 3)	Trauma Craniano; Transplante de medula óssea; Pacientes em cuidados intensivos (APACHE >10).

Pontuação (Estado nutricional) + Pontuação (gravidade da doença) = Escore total= 0

Para calcular o escore total: A. Encontre o escore (de 0 a 3) para o estado nutricional e para a gravidade da doença (escolher apenas a variável de maior gravidade). B. Some os dois escores para obter o escore total. C. Se o paciente apresentar idade > ou igual a 70 anos, adicione 1 ponto ao escore total para ajustar a fragilidade dos idosos.

Escore total > ou igual a 3: O paciente está em risco nutricional e a TN deve ser iniciada.

Escore total < 3: No momento, o paciente não apresenta risco nutricional e deve ser reavaliado semanalmente. Porém, se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte deve-se considerar terapia nutricional para evitar riscos associados.

RISCO NUTRICIONAL: () SIM (X) NÃO

Pontuação =1: A necessidade protéica está aumentada, mas o déficit protéico pode ser recuperado pela alimentação oral ou pelo uso de suplementos, na maior parte dos casos.

Pontuação =2 A necessidade protéica está substancialmente aumentada e o déficit protéico pode ser recuperado na maior parte dos casos com o uso de suplementos orais / dieta enteral.

Pontuação =3 A necessidade protéica está substancialmente aumentada e não pode ser recuperada somente pelo uso de suplementos orais / dieta enteral.

Nutritional Risk Screening – NRS é baseada em estudos clínicos randomizados e recomendada pelo Guideline da ESPEN* para o âmbito hospitalar

Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M ; Educational and Clinical Practice Committee, European Society for Parenteral and Enteral Nutrition(ESPEN). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clin Nutr 2003;22(4):415-21. *European Society for Parenteral and Enteral Nutrition. Questionário traduzido e utilizado pela nutricionista Mariana Raslan.

Elia A. Pereira Brito
Nutricionista
R.N 6 - 10646

Nutricionista

Aviso de Cirurgia : 46945

Sala : 0003 SALA 03

Paciente : 40058

JOSEMAR FERREIRA DA SILVA

Atendimento :

Convênio Atend. :

Carteira :

Leito :

Idade :33 Anos

Dt. Início : 29/06/2020 18:14 Dt. Fim : 29/06/2020 19:14

Cid Pré-Operatório : S825

FRATURA DO MALEOLO MEDIAL

Cid Pós-Operatório :

cedimento: 0408020393

TRAT CIRU DA FRAT. DA DIAF. DO UMERO (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 29

BLOQ PLEXO BRAQUIAL

RGIAO
ESTESISTA

13722 JULIO TADEU ARRAES DA CUNHA SOUZA

19720 BIANCA JUGURTA VIEIRA DE LIMA ALVES

Descrição Cirúrgica :

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. PACIENTE EM POSICAO DE CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA GERAL
2. ASSEPSIA DO CAMPO COM POVIDINE E COLOCAÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS
3. INCISÃO DELTO-PEITORAL DO OMBRO E.
4. ABORDAGEM POR PLANOS ATÉ FOCO DE FRATURA
5. REDUÇÃO DA FRATURA + FIXACAO COM 1 PLACA 1/3 DE CANO + 4 PARAFUSOS CORTICAIS E 1 PARAFUSO ESPONJOSO 40
6. LIMPEZA DA FERIDA OPERATÓRIA COM SF 0,9%
7. REALIZADO HEMOSTASIA
8. TURA POR PLANOS
9. CURATIVO
10. RX DE CONTROLE

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Julio Tadeu Arraes
Ortopedia/Traumatologia
CRM 13722 - SBO 10.000

02 JUN 2020

Registro: 40058
Nome: JOSEMAR FERREIRA DA SILVA
Mãe: CARMELITA PETRONILA DA SILVA
End.: RUA NOVE Nº: 52
Enferm.: LEITO 17

Atendimento: 565148
Leito: 618

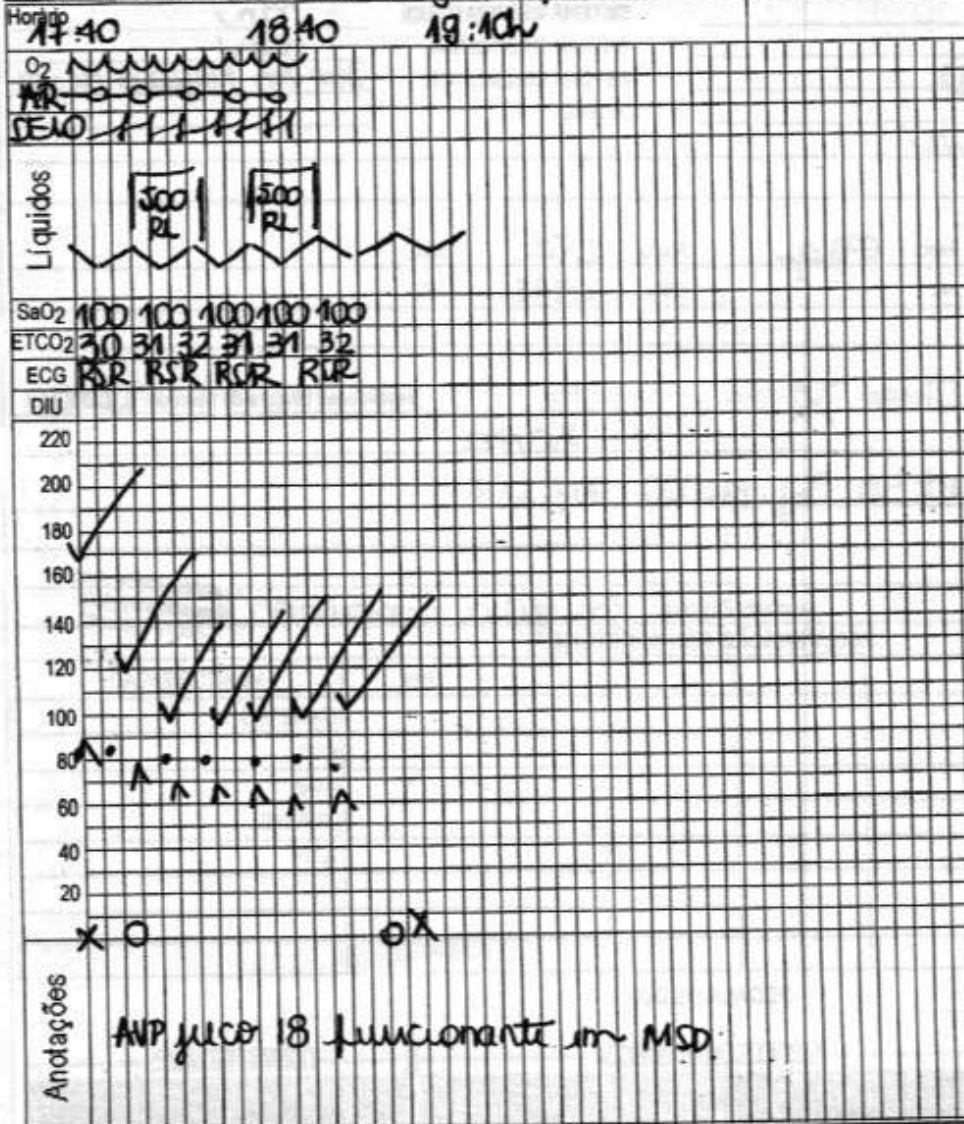
Dt. Cad: 21/10/2012
Dt. Nasc: 12/08/1986
Bairro: CENTRO
Cidade: CABO
CNS: 162480299710001

Sexo: **M** Cor: **Pardo** Idade: **33** Risco: **II** DATA: **29/06/2020**

CRM: **24962** Anestesiista: **Ana Carolina Vulto** Cirurgião: **Julio**

Medicação Pré-Anestésica: Urgência: Não Sim

Cirurgia: **Tratamento cirúrgico fratura de úmero (E)**



Drogas Usadas	Doses
BLOQUEIO	
Ropivacaína 0.5% / 20ml	
EV	
· Lidocaina	80mg
· Clazodina	2g
· Fentanil	200mcg
· Propofol	150mg
· Succinilcolina	40mg
· Rocuronio	50mg
· Dipirona	2g
· morfina	5mg
· Etófila	4mg
· Cetamina	20mg
· Neostigmina	2.5mg
· Atropina	1.0mg

Monitorização

<input checked="" type="checkbox"/> Cardioscópio	<input type="checkbox"/> BIS
<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro	<input type="checkbox"/> Temperatura
<input checked="" type="checkbox"/> PNI	<input type="checkbox"/> Swan-Ganz
<input type="checkbox"/> Sonda Vesical	<input type="checkbox"/> Analisador Gases
<input checked="" type="checkbox"/> Capnógrafo	<input type="checkbox"/> PVC
<input type="checkbox"/> Estet. Pré-Cordial	<input type="checkbox"/> Estimulador de Nervos
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Linha Arterial
	<input type="checkbox"/> PP/VS

Técnica Anestésica

<input type="checkbox"/> Acompanhamento Respiração	FR 10
<input type="checkbox"/> Sedação	PIT
A. Geral	PEEP 5
<input type="checkbox"/> EV	FiO ₂ 60%
<input type="checkbox"/> Inalatória	<input type="checkbox"/> Bloqueio
<input type="checkbox"/> Balanceada	<input type="checkbox"/> Raqui
<input checked="" type="checkbox"/> A.G. + Bloqueio	<input type="checkbox"/> Peri
Método	<input checked="" type="checkbox"/> Braquial
<input type="checkbox"/> Valvular	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Avalvular	Traqueo. Cateter S <input type="checkbox"/> N

Destino

<input checked="" type="checkbox"/> SRPA
<input type="checkbox"/> Apart./Enf.
<input type="checkbox"/> UTI
<input type="checkbox"/> Externo

Encaminhado

<input type="checkbox"/> Acordado
<input type="checkbox"/> Sonolento
<input type="checkbox"/> Intubado
<input type="checkbox"/> Drogas
<input type="checkbox"/> Vasoativas

Balanco hídrico final:

Perdas: Jejum _____ Perdas Insensíveis _____ Diurese _____ Sangramentos _____

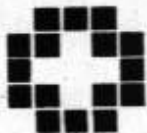
Intercorrências: Sim Não

Proteção ocular. Posicionado em cadeira de praia.

Ganhos: RL **500 + 500** SF0,9%

OBS. **Bloqueio de Plexo Braquial guiado por USG - via ultrassonográfica + Anestesia Geral Balanceada. Paciente deitado e monitorizado após realização de B.P.B. Preox. Indução com Propofol + INT em sequência rápida com TFi° 750µg.**

Assinatura do Anestesiista: **Ana Carolina Vulto**
Anestesiologista
CRM - PE 24.962



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA

03

Nome: Jozeimar Florêncio data: 29/06/20 Hora: 19:30 Registro: 400558
Leito de origem: _____

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: fratura de umero
Tipo de anestesia: bloqueio + geral
Equipe: Dr. Julio Ardes Anestesista: Dr. Ana Carla

3. Admissão

Estado geral: () Bom Regular () Torporoso () Grave
Respiração: Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () SVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não Sim Onde: _____
Acesso Venoso Central: Não () Sim Onde: _____
Drenos: () não () sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: _____ x _____ mmHg FR: 12 p/min FC: 77 p/min SaPO2: 100
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	184x112	179x116	209x124	202x115	203x105	178x114
FR	14	13	11	15	10	13
FC	68	77	87	80	83	89
SaPO2	100%	99%	100%	97%	96%	99%
Glasgow	-	-	-	-	-	-

5. Intercorrências/observações:

Pr 22:00 Paciente no leito com pico hipertensivo, em nitroglicerina.
PA: 170x114 mmHg CO: captopril 25mg SL.

Dra. Camilla Modesto
Médica Anestesiologista
CRM 16663

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: _____ FC: _____ FR: _____ SaPO2: _____ Glasgow: _____

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

Data: _____ Horário: _____ Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico: _____

Dra. Camilla Modesto
Médica Anestesiologista
CRM 16663

CÓD: 38398



**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
BLOCO CIRÚRGICO - SRPA**



Nome: Yasmar Caroline de Sales Registro: 40058 Leito: 02
 Procedimento cirúrgico: Fret Único E Data: 29/06/20 Hora: 22

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
1. Ansiedade <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Encorajar verbalização dos sentimentos e medos <input type="checkbox"/> Proporcionar apoio emocional <input checked="" type="checkbox"/> Dar informação ao paciente e familiares <input type="checkbox"/> Outros	
2. Ventilação prejudicada ()	<input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado <input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário <input type="checkbox"/> Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz <input type="checkbox"/> Manter o paciente em posição de Fowler <input type="checkbox"/> Anotar horário/valor de queda da saturação. FC e FR <input type="checkbox"/> Instalar () Manter () Anotar oximetria de pulso <input type="checkbox"/> Outros	
3. Padrão de eliminação urinária () Diminuído () Aumentado	<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ___/___h <input type="checkbox"/> Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen) <input type="checkbox"/> Colocar o paciente em posição de Fowler <input checked="" type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição <input checked="" type="checkbox"/> Registrar se: <input type="checkbox"/> Dor ao urinar <input checked="" type="checkbox"/> Abaulamento em região suprapúbica <input type="checkbox"/> Ausência de diurese espontânea <input type="checkbox"/> outros	
4. Dor () Local: _____) Leve () Moderada () Severa	<input checked="" type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar a localização e a intensidade da dor <input type="checkbox"/> Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação <input checked="" type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da dor <input checked="" type="checkbox"/> Registrar características e intensidades da dor <input type="checkbox"/> outros	
5. Integridade tissular prejudicada ()	<input type="checkbox"/> Descrever características da lesão <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo a cada <u>24/24h</u> <input type="checkbox"/> Realizar mudança de deúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação <input type="checkbox"/> Medir débito de dreno de ___/___h <input checked="" type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por <u>24h</u> <input type="checkbox"/> Outros	<u>06</u>
6. Sangramento () Local: _____ () Leve () Moderada () Severo	<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de <u>15/15min até 2 vezes</u> <input type="checkbox"/> Manter elevado: _____ <input type="checkbox"/> Realizar curativo oclusivo <input type="checkbox"/> Outros	
7. Imobilidade no leito prejudicada ()	<input type="checkbox"/> Pinçar dreno ao manusear o paciente <input type="checkbox"/> Avaliar mobilização de dreno (Tractionado) <input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição: _____	



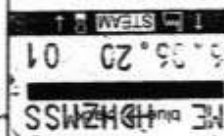
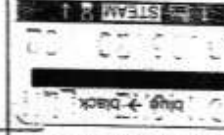
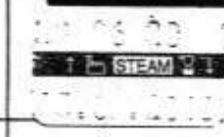

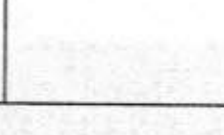
IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: <u>Apelmon Ferreira da Silva</u>	Data: <u>29/06/20</u>	Registro: <u>400538</u>
Convênio: <u>SUS</u>	Leito: _____	Hora: <u>17:20</u>

2. Equipe médica:

Cirurgião: <u>Dr. Julio Araoz</u>	1º auxiliar: _____
Anestesista: <u>Dr. Jose Carlos</u>	Instrumentador: <u>Luiziane</u>
Circulante: <u>Wesley</u>	

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
<u>cap - copote</u> <u>Canho de boca</u>		
<u>Prota Alce</u> <u>ex 3.5 Cromus</u>		
<u>Prota N.M. 55.</u> <u>Canho para laparoscopia</u>		
<u>Prota N. 2.0</u> <u>Canho Distal</u>		
<u>Alameda Autoc-</u> <u>lativa</u>		
		
		

MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

PACIENTE:	<i>Thomaz Ferraz da Silva</i>	DATA:	<i>29-6-20</i>
CIRURGIÃO:	<i>Dr. Jairo Cruz</i>	RG:	<i>400538</i>
ANESTESISTA:	<i>Dr. Sora eale</i>	AUXILIAR:	
CIRURGIA:	<i>RG Amplo per. Urologia</i>	ANESTESIA:	<i>Sed + Bloqueio</i>
ESTRUMENTADOR:	<i>Adriano</i>	COORDENAÇÃO DO BLOCO:	<i>Adriano</i>
CIRCULANTE:	<i>Simone</i>	COREN:	
ENFERMEIRA:	<i>Fabrice</i>	HORARIO INICIAL:	<i>18:20</i>
		HORARIO FINAL:	

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
AGULHAS			
13X4,5	25X7	25X8	40X12
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27
ATADURAS			
CP 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
ADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM	
CANULAS			
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
TRAQUEOST 9,0			
CATETER			
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	
LIMPADORES			
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400
CURATIVOS			
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX
EQUIPOS			
BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SORO MACRO
EXTENSORES			
40CM	40CM	60CM	120CM
LAMINAS			
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6	
LUVAS			
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5
SERINGAS			
1ML	3ML	5ML	10ML
20ML	60ML	60ML CATETER	
AVENTAL CIRUR.	B5. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/ VIDEO
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXÃO 2VIAS	CONEXÃO 4VIAS
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GAZES	GELFOAN
KIT CIRÚRGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO

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

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

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Josema F. Lima de S. S. Data: 29.6.20 Hora: 19.00 Registro: 20.6538
Convênio: SUS Leito: — Peso: — Altura: —

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. João Amoz Anestesista: Dr. Ana Carla
Auxiliar: — 2º Auxiliar: — Instrumentador: rodjane

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: FTD Perf. fratura Unions Início: 19.00 Término: 19.15
Anestesia: Sed + 30 mges plexão Início: 19.00 Término: —

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

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

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

Posição: Fowler Lateral Dorsal Ventral Ginecológica
Banco de Sangue Laboratório Radiologia Peça Cirúrgica: Sim

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso Monitor Cardíaco PNI Bomba CEC Aspirador
Colchão Térmico Bisturi Ultrasônico Artroscópio Microscópio Capnógrafo
Bisturi Elétrico Local da Placa
Carro de Anestesia Diprofusor Intensificador
Ap. Vídeo Bomba de infusão Nº ()
Oxigênio Início Término
Protóxido Início Término
Gás Carbônico Início Término
Outros:

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Cânula Orotraqueal: Sim Não F15 Punção Venosa: Sim Não
Sonda Vesical de Demora: Sim Não Sonda Gástrica: Sim Não
Curativo (Tipo e Local): Sim Não MSE

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: _____ CIRURGIA: _____

6 - OBSERVAÇÕES:

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: Acordado Narcose Entubado Traqueostomizado
Encaminhado para: SRPA S. Intensiva LICOR UTI Apr Residência

Data: 29.6.20 Hora: 19.15 Enfermeira: F. Almeida Circulante: —



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

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

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

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 40058

Nome: JOSEMAR FERREIRA DA SILVA

Mãe: CARMELITA PETRONILA DA SILVA

End.: RUA NOVE

Enferm.: LEITO 17

Atendimento: 565148

Leito: 618

Dt. Cad: 21/10/2012

Dt. Nasc: 12/08/1986

Bairro: CENTRO

Cidade: CABO

CNS: 162480299710001

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- Confirmação sobre o paciente
- Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado
 - Consentimento informado realizado

- Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
- Checagem do equipamento anestésico
- Oxímetro de pulso instalado e funcionando

O paciente tem alguma alergia?

Não

Sim neq

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

Não

Sim e há equipamento disponível

Há risco de perda sanguínea > 500ml (7mL/kg em crianças)?

Não

Sim e há equipamento disponível

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
- O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam
- Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

Sim

Não se aplica

- Antecipação de eventos críticos:**
- Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia?
Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas?

Exames de imagem estão disponíveis?

Sim

Não se aplica

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

- Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico?

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

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

FRN. J E U M E R O E

TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

NOME: Isabella Penning da Silva DATA NASC: 12/08/86
 REGISTRO: 40058 DATA: 29/06/20 HORA: _____
 SETOR DE ORIGEM: Vinda SETOR DE DESTINO: Blau

S	Situação (Enfermagem)	Nível de Consciência: <u>EGR, consciente e orientado</u> PA: <u>150x90</u> Pulso: _____ Temp: <u>36.6</u> FR: _____ Oximetria: _____ Padrão respiratório: <input checked="" type="checkbox"/> Ar ambiente () Suporte de O2 () CatO2 () NBZ () TOT () Traqueo VM () Traqueo NEB Intercorrência nas últimas 24h: _____
B	Base do cenário (médico) <u>Igor Abutrab</u> Ortopedia e Traumatologia CRM 27778	Breve relato do caso: <u>Frot. UNCO prax @</u> Antibiótico profilático: <input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim Antibiótico terapêutico: <input type="checkbox"/> Não () Sim Qual: _____ Horário: _____ Drogas Vasoativas: <input type="checkbox"/> Não () Sim Qual: _____ Prognóstico: <input type="checkbox"/> Crônico () Não Crônico Nutrição: <input checked="" type="checkbox"/> Jejum () Dieta
A	Análise (Enfermagem)	Dispositivos Invasivos: Cateter central <input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim // SVD <input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim Alergia: <input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim Qual: _____ Hemoderivados: <input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim Qual: _____ Medicação de uso contínuo: _____ Riscos: () LPP () Queda <input checked="" type="checkbox"/> Flebite () Outros: _____ Grau de Complexidade: () Crítico () Semi Crítico () Alta dependência () Intermediário <input checked="" type="checkbox"/> Mínimo
R	Recomendação (Enfermagem)	Exames Laboratoriais: <input type="checkbox"/> Coletado () Não Coletado Qual: _____ Exames de Imagem: <input checked="" type="checkbox"/> Realizado <u>RX e TAC</u> () Pendente _____ Curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim Local: _____ Isolamento: <input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim Qual: _____

Enviado por: Ass. Médico _____ Ass. Enfermeiro _____
 Recebido por: Ass. Enfermeiro _____ Hora: _____

Ananda Matara Carvalho de Lima
 COREN-PE 141897 - ENF

Tipo de documento: TERMO DE CONSENTIMENTO	Número do documento: TER. 801	Emissão: 17/04/2019
Título: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO		Versão número: 001
Responsável pela elaboração: Bruna Melo	Responsável pela aprovação: Dr. Andre Sansorio	Revisão: 00

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ANESTESIA

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

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

Declaro ainda que:

a) Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anesthesiologista. A(s) alternativa(s) de procedimento anestésico indicadas para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações me foram explicadas satisfatoriamente.

b) Fui esclarecido de que a anestesia envolve procedimentos invasivos e que podem ocorrer lesões que na maioria das vezes são temporárias. Raramente ocorrem lesões permanentes, mas podem ocorrer, mesmo que o procedimento tenha sido realizado sob o mais rigoroso padrão técnico. Assim como fui esclarecido, também, de que a resposta à administração de medicamentos é individual e que a ocorrência de efeitos colaterais ou indesejados é imprevisível.

c) Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis nesta instituição.

d) Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anesthesiologista sobre doenças pré-existentes, os medicamentos em uso, cirurgias realizadas, complicações anestésicas e reações alérgicas anteriormente apresentadas e, também, sobre o tempo decorrido de jejum (desde a última refeição/ingestão de líquidos).

e) Fui informado(a) pela equipe médica de que o tabagismo, o uso de drogas entorpecentes, tais como cocaína, maconha, anfetaminas, e outras como o álcool são fatores que podem trazer prejuízo ao procedimento e/ou tratamento. Fui informado, também das complicações que podem advir do uso destas substâncias.

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

PACIENTE / RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Josemar Ferreira da Silva RG: 8728846

Data de nascimento: 1/1/1980 Grau de parentesco: _____

Cabo de Santo Agostinho, 29 de Junho de 2020

Josemar Ferreira da Silva
Assinatura do paciente/representante legal

Preenchimento Obrigatório Médico

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

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

Cabo de Santo Agostinho, _____ de _____ de 20____

*Procedimento
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE 2305*

Tipo do documento: TERMO DE CONSENTIMENTO	Número do documento: TER. 001	Emissão: 17/04/2019
Título: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO		Versão número: 001
Responsável pela elaboração: Brúna Melo	Responsável pela aprovação: Dr. André Sansônio	Revisão: 00

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

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

Paciente

Responsável

Autorizo o Drº(a) _____ credenciado(a) pelo Hospital Dom Helder Câmara, a realizar o(s) seguinte(s):

- Tratamento: _____
- Assistência clínica: _____
- Procedimento: _____ ou
- Exame: _____

a que serel submetido.

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

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

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

PACIENTE / **RESPONSÁVEL LEGAL**

Nome: * Josemar Ferreira da Silva RG: 6728846
Data de nasc.: _____ / _____ / _____ Grau de parentesco: _____

Cabo de Santo Agostinho, ___ de _____ de 20__.

* Josemar Ferreira da Silva
Assinatura do paciente/representante legal

Preenchimento Obrigatório Médico

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

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

Cabo de Santo Agostinho, ___ de _____ de 20__

Igor Abutrab
Otorrinolaringologista
CRM 21776
Assinatura / Carimbo do médico



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA

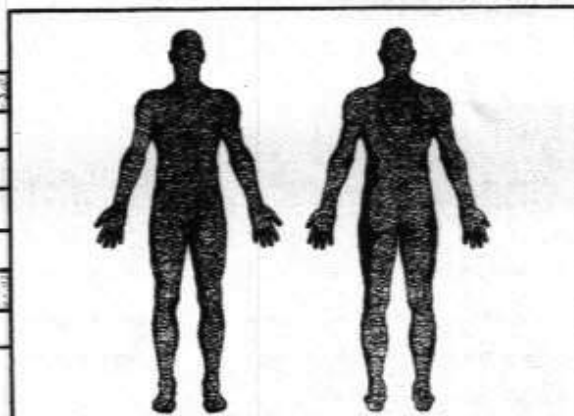
Data: 29 / 06 / 20

CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

Hora: _____



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome: <u>Josémar Ferreira da Silva</u>	
Data de Nascimento: <u>12/08/86</u>	Registro: <u>40058</u>
Setor: <u>Urologia</u>	Leito: _____



SINAIS VITAIS		
PA: <u>150x90</u>	T: <u>36.6</u>	HGT: _____
Observação: _____		

ENTREVISTA			
PERTENSO:	SIM (<input checked="" type="checkbox"/>)	NÃO (<input type="checkbox"/>)	MEDICAÇÃO EM USO: _____
DIABÉTICO:	SIM (<input checked="" type="checkbox"/>)	NÃO (<input type="checkbox"/>)	MEDICAÇÃO EM USO: _____
HÁBITOS:	TABAGISTA: SIM (<input type="checkbox"/>)	NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)	Há quantos anos: _____ Qtd/dia: _____
	ETILISTA: SIM (<input type="checkbox"/>)	NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)	Há quantos anos: _____ Qtd/dia: _____

EXAMES SOLICITADOS			
IMAGEM: RX (<input checked="" type="checkbox"/>)	TAC c/ Contraste (<input type="checkbox"/>)	USG (<input type="checkbox"/>)	ECO (<input type="checkbox"/>)
	TAC s/ Contraste (<input checked="" type="checkbox"/>)	RNM (<input type="checkbox"/>)	CATE (<input type="checkbox"/>)
LABORATORIAL:	SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO (<input type="checkbox"/>)		
Observação: _____			
PARECER CARDIOLÓGICO:	SIM (<input type="checkbox"/>)	NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)	Risco Cirúrgico: _____
RESERVA DE HEMODERIVADOS:	SIM (<input type="checkbox"/>)	NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)	GRUPO SANGUÍNEO: _____
RESERVA DE LEITO DE UTI:	SIM (<input type="checkbox"/>)	NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)	Qual?: UTI: _____ LEITO: _____

ALERGIA		USO DE SONDAS	
SIM (<input type="checkbox"/>)	QUAL: _____	SNE (<input type="checkbox"/>)	SNG (<input type="checkbox"/>)
NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)	OBSERVAÇÃO: _____	SVD (<input type="checkbox"/>)	Outra: <u>não tem</u>
ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO		DRENO	
SIM (<input type="checkbox"/>)	QUAL: _____	SIM (<input type="checkbox"/>)	NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)
NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)	OBSERVAÇÃO: _____	Qual: _____	
SIM (<input type="checkbox"/>)	QUAL: _____	Local: _____	
NÃO (<input type="checkbox"/>)	HORÁRIO DA ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO: _____		

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE			
JEJUM:	SIM (<input checked="" type="checkbox"/>)	NÃO (<input type="checkbox"/>)	À partir do dia: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> às : <u> </u> : <u> </u> Observação: _____
HIGIENIZAÇÃO:	SIM (<input checked="" type="checkbox"/>)	NÃO (<input type="checkbox"/>)	Observação: _____
TRICOTOMIA:	SIM (<input checked="" type="checkbox"/>)	NÃO (<input type="checkbox"/>)	Observação: _____
RETIRADO ADORNOS:	SIM (<input checked="" type="checkbox"/>)	NÃO (<input type="checkbox"/>)	RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA: SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)
CIRURGIAS ANTERIORES:	SIM (<input type="checkbox"/>) Quais/Datas: _____		
	NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)		
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE:	SIM (<input type="checkbox"/>) Quais/Datas: _____		
	NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)		
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:	SIM (<input type="checkbox"/>)	Observação: <u>maquina CI defeita</u>	LATERALIDADE DEMARCADA: SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO (<input type="checkbox"/>)
	NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)		Observação: _____

Enfermeiro Responsável: _____

(Assinar e Carimbar)

Ananda Mariana Carvalho de Lima
COREN-PE 11897 - ENF

CÓD. 38404

RA: 4559022 - JOSEMAR FERREIRA DA SILVA 33 anos 10 meses 16 dias Sexo : M
Dr.(a): 17726 - IJACIEL SOARES **Entrada: 27/06/2020 23:47:49**
Unidade: HDH-HOSPITAL DOM HELDER CAMARA - Posto: 000006 - URGENCIA Prontoário: 40058 Cód.SUS: Local de Entrega: EV-EMERGÊNCIA VERDE
Coleta :27/06/2020 23:47:00

Data de Nascimento :12/08/1986

PROTEÍNA C REATIVA

Resultado
6,0 mg/L

Valor de Referência:
Até 5,0 mg/L

Material: SORO

Método: IMUNOTURBIDIMETRIA

Data Assinatura: 28/06/2020 01:03:37

CREATININA

Resultado
0,96 mg/dL

Valor de Referência:
Homens: 0,72 a 1,25 mg/dL
Mulheres: 0,57 a 1,11 mg/dL

Material: SORO

Método: PICRATO ALCALINO CINETICO

Data Assinatura: 28/06/2020 01:03:37

POTÁSSIO

Resultado
4,6 mmol/L

Valor de Referência:
De 3,5 a 5,1 mmol/L

Material: SORO

Método: ÍON SELETIVO

Data Assinatura: 28/06/2020 01:03:37

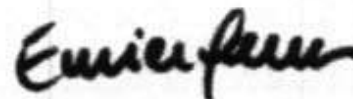
SÓDIO

Resultado
136 mmol/L

Valor de Referência:
De 136 a 145 mmol/L

Material: SORO

Método: ÍON SELETIVO



DRªEUNICE CATARYNE DE SOUZA
BIOMÉDICA
CRM: 3633

Data Assinatura: 28/06/2020 01:03:37

Exames Assinados Eletronicamente

"Horário Oficial de Brasília"

"Amostra Não Coletada pelo Laboratório"

"Os resultados obtidos devem ser correlacionados com outros dados clínicos."

Laboratório participante do programa PELM da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica.

Rua. Dr. João Tavares de Moura, 57 Pelinhos 53230-290 Olinda - PE - Responsável Técnico: DR. LUCIANO ALMEIDA CRM/PE:5325

Data da Impressão: 28/06/2020 21:29:00 Página: 1/4

RA: 4559022 - JOSEMAR FERREIRA DA SILVA 33 anos 10 meses 16 dias Sexo : M
Dr.(a): 17726 - IJACIEL SOARES
Unidade: HDH-HOSPITAL DOM HELDER CAMARA - Posto: 000006 - URGENCIA Prontoário: 40058 Cód.SUS: Local de Entrega: EV-
EMERGÊNCIA VERDE
Coleta :27/06/2020 23:47:00

Data de Nascimento :12/08/1986

HEMOGRAMA

Resultado Atual	Resultados Anteriores			Valor de Referência				
	Laudo Evolutivo			Homens	Mulheres			
ERITROGRAMA								
Hemácias	4,77	10 ⁶ /μL	---	---	---	4,4 - 5,9	4,0 - 5,4	10 ⁶ /μL
Hemoglobina	13,0	g/dL	---	---	---	13,0 - 18,0	12,0 - 16,0	g/dL
Hematócrito	38,0	%	---	---	---	40 - 52	35 - 47	%
VCM	79,7	fL	---	---	---	80 - 100	80 - 100	fL
HCM	27,3	pg	---	---	---	27 - 32	27 - 32	pg
ICM	34,2	g/dL	---	---	---	32 - 37	32 - 37	g/dL
RDW	15,3	%	---	---	---	Até 15	Até 15	%

DISCRETA MICROCITOSE ; DISCRETA ANISOCITOSE ;

LEUCOGRAMA

Leucócitos	100 %	10600 /uL	---	---	---	100 %	3500 - 11000 /uL
Neutrófilos	80,7 %	8554 /uL	---	---	---	50 - 70 %	2500 - 7000 /uL
Eosinófilos	1,3 %	138 /uL	---	---	---	1 - 6 %	100 - 600 /uL
Basófilos	0,3 %	32 /uL	---	---	---	0 - 2 %	0 - 200 /uL
Linfócitos	13,6 %	1442 /uL	---	---	---	20 - 30 %	1000 - 3000 /uL
Monócitos	4,1 %	435 /uL	---	---	---	2 - 12 %	100 - 800 /uL
Plaquetas	241.000	/μL	---	---	---	150.000 - 450.000	/μL

Nota: Baseado na orientação do International Society for Laboratory Hematology na qual deve haver uma padronização para liberação de exames de hemograma, incluindo o diferencial de leucócitos e de acordo com o Colégio Americano de Patologistas que orienta que neutrófilos bastonetes estão presentes em até 5 a 10% dos hemogramas normais, foi padronizada pelo Laboratório Cientificaiab do grupo DASA que a liberação de bastonetes é realizada quando estiverem acima de 6% do total de neutrófilos.

Material: SANGUE

Método: AUTOMAÇÃO



DR. EUNICE CATARYNE DE SOUZA
BIOMÉDICA
CRBM: 3633

Data Assinatura: 28/06/2020 01:03:37

Exames Assinados Eletronicamente

"Horário Oficial de Brasília"

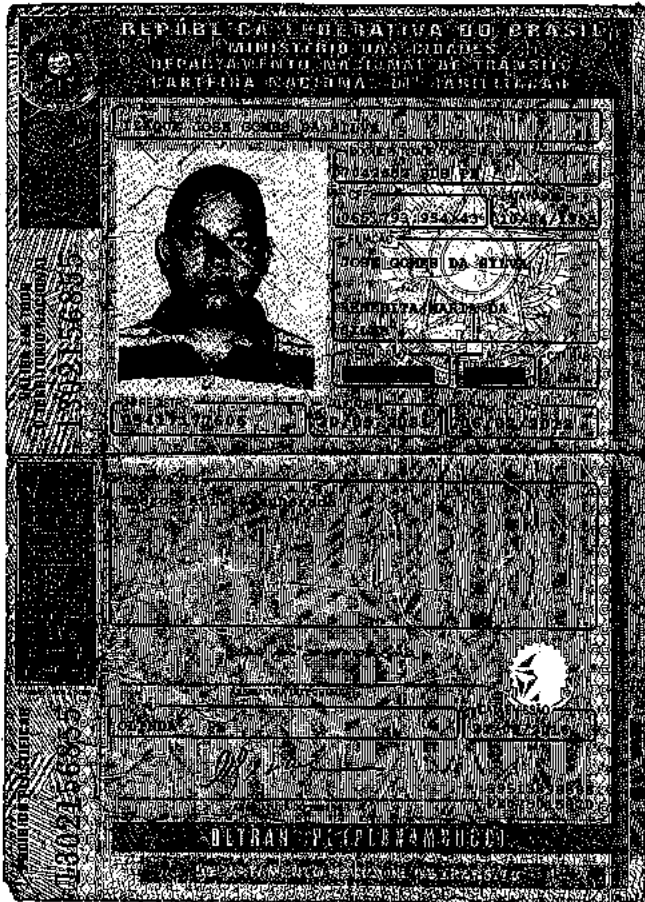
"Amostra Não Coletada pelo Laboratório"

"Os resultados obtidos devem ser correlacionados com outros dados clínicos."

Laboratório participante do programa PELM da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica.

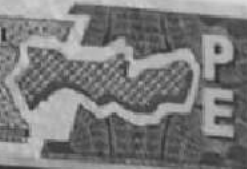
Rua. Dr. João Tavares de Moura, 57 Peixinhos 53230-290 Olinda - PE - Responsável Técnico: DR. LUCIANO ALMEIDA CRM/PE: 5325

Data da Impressão: 28/06/2020 21:29:00 Página: 3/4





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFEGO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



VÁLIDA EM TODO
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1827732143

NOME
JOSEMAR FERREIRA DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
6728846 SDS PE

CPF
065.020.074-81

DATA NASCIMENTO
12/08/1986

FILIAÇÃO
GENIVALDO FERREIRA DA SILVA
CARMELITA PETRONILA DA SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
05874220401

VALIDADE
05/08/2024

1ª HABILITAÇÃO
09/09/2013

OBSERVAÇÕES
EAR
CMTX

Josemar Ferreira da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RECIFE, PE

DATA EMISSÃO
14/08/2019

Roberto Fontelles

Roberto Carlos Moreira Fontelles
 Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR


88768809174
 PE093963254

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1827732143

DFACALAP AM DA CEESGOIANTIMS MG FRPBPAT DE BILF RNRS DO RR SU SE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0273167/20

Vítima: JOSEMAR FERREIRA DA SILVA

CPF: 065.020.074-81

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 27/06/2020

Titular do CPF: JOSEMAR FERREIRA DA
SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA : 065.793.954-43

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

JOSEMAR FERREIRA DA SILVA : 065.020.074-81

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/09/2020
Nome: IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA
CPF: 065.793.954-43

IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/09/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200346408

Cidade: Cabo de Santo Agostinho

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSEMAR FERREIRA DA SILVA

Data do acidente: 27/06/2020

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSO. ALTA.
P 2/6/9/14*/15*/

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200346408 **Cidade:** Cabo de Santo Agostinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSEMAR FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 27/06/2020 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSO. ALTA.
P 2/6/9/14*/15*/

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante JOSE MAR FERREIRA DA SILVA

portador(a) do documento de identidade nº 6728846, expedido por SOS-PE, em

1/1, inscrito no CPF sob o nº 06502007481, residente na

RUA NOVE, nº 52

complemento _____, Bairro ALTO BELA VISTA, cidade

CASA DE SANTO AGOSTINHO, Estado PE.

2. Outorgado FRANCO LEI GOMES DA SILVA

portador(a) do documento de identidade nº 7412652, expedido por SOS-PE em

1/1, inscrito no CPF sob o nº 06579395443, residente na

ESTRADA VELHA DO MILITARIA, nº 170

complemento _____, Bairro RIO DOCE, cidade

OLINDA, Estado PE.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

OLINDA aos GUARAPES 25 de SETEMBRO de 2020

Outorgante Josemar Ferreira da Silva

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0273167/20

Vítima: JOSEMAR FERREIRA DA SILVA

CPF: 065.020.074-81

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 27/06/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSEMAR FERREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA : 065.793.954-43

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

JOSEMAR FERREIRA DA SILVA : 065.020.074-81

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/09/2020
Nome: IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA
CPF: 065.793.954-43

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/09/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA

Marta Marinho dos Santos