

---

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** PAULO JOÃO DE ALBUQUERQUE, brasileiro, casado, motorista, portador do RG nº 72.788.13 SDS-PE e do CPF nº 101.413.704-75, residente e domiciliado na Rua Santa Martinha nº 32, Cavaleiro, Jaboatão dos Guararapes-PE, CEP 54.260-170

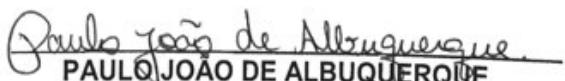
**OUTORGADAS:** MARIA EVANE DE AQUINO MOURA ARRUDA LIMA, inscrita na OAB/PE sob o nº 17.620 e CPF: 846.175.434-49, GLAUCIA RODRIGUES MORAIS ALVES, inscrita na OAB/PE sob o nº 45.087 e CPF: 824.724.914-68, ambas com endereço profissional na Avenida Dantas Barreto, nº 512, sala 602, Edifício Tiradentes, Recife-PE, Fone: (81) 3224-6588, local onde poderá receber notificações e intimações que se fizerem necessárias.

**PODERES:** por este instrumento particular de procuração, constituo as procuradoras outorgadas, concedendo-lhes os poderes da cláusula *ad judicia et extra*, para o foro em geral, e especialmente para: PROPOR AÇÃO CIVEL, podendo ainda, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

**PODERES ESPECÍFICOS:** A presente procuração outorga as Advogadas acima descritas, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita, assinar declaração de hipossuficiência econômica (Em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15).

**CONTRATO DE HONORÁRIOS:** As partes acordam a título de honorários, o percentual de 20% (vinte por cento) sobre o valor da causa ou condenação, pelo que deverá ocorrer a retenção no ato da expedição do respectivo alvará em favor da(o) outorgante.

Recife, 30 de janeiro de 2019.

  
PAULO JOÃO DE ALBUQUERQUE



## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **PAULO JOÃO DE ALBUQUERQUE**, brasileiro, casado, motorista, portador do RG nº 72.788.13 SDS-PE e do CPF nº 101.413.704-75, residente e domiciliado na Rua Santa Martinha nº 32, Cavaleiro, Jaboatão dos Guararapes-PE, CEP 54.260-170. **DECLARO**, que não disponho de condições econômicas para custear o processo em trâmite, sem sacrifício do sustento meu e de minha família, portanto estou assegurado pela Constituição Federal artigo 5º, LXXIV e pela Lei 13.105/2015, art. 98 e seguintes.

Recife, 30 de janeiro de 2019.

Paulo João de Albuquerque  
**PAULO JOÃO DE ALBUQUERQUE**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME

PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

7278813 SDS PE

CPF

101.413.704-75

DATA NASCIMENTO

18/08/1991

FILIAÇÃO

JOAO MIGUEL DE  
ALBUQUERQUE  
VALDENICE SEVERINA  
SANTOS DE ALBUQUERQUE

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO

05266823651

VALIDADE

07/04/2021

1ª HABILITAÇÃO

03/08/2011

OBSERVAÇÕES

A

Exerce Ativ Remunerada

Paulo João de Albuquerque

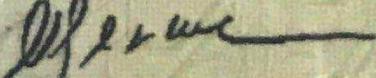
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

RECIFE - PE

DATA EMISSÃO

08/04/2016



ASSINATURA DO EMISSOR

58172668041

PE072236809

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

VALIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

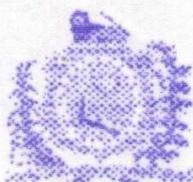
1223865931

THOMAS GREG & SONS

NOBRE PLASTIFICAR

1223865931





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 012ª CIRCUNSCRICAO - JARDIM SÃO PAULO - DP12ºCIRC DIM/4ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 18E0102002672

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 03/08/2018 às 09:50

Complementa o BO Número: 18E0102002672

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)  
que aconteceu no dia 6/6/2018 no período da Madrugada

Fato ocorrido no endereço: ESTRADA DO CURADO, 1 - Bairro: JARDIM SÃO PAULO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE )  
RODRIGO GOMES DOS SANTOS (OUTRO )  
PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE (VITIMA )

ARUANA SEGUROS

03 AGO 2018

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Produto de crime contra o patrimônio) , que estava em posse do(a) Sr(a): PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: VALDENICE SEVERINA SANTOS DE ALBUQUERQUE Pai: JOAO MIGUEL DE ALBUQUERQUE Data de Nascimento: 18/6/1991 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL  
Residencial: R- SANTA MARTINHA 32 ALTO DA COLINA- CAVALEIRO - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: RUA MARTINHA, 32 - CEP: 55000-000 - Bairro: ALTO DA COLINA - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL

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

RODRIGO GOMES DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DAS GRACAS DA SILVA Data de Nascimento: 4/7/1988 Naturalidade: NÃO INFORMADO



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia\_civil/infopol/xml/BOEPreview.html

## / PERNAMBUCO / BRASIL

Residencial: R- LADEIRA DA COLINA-601CAVALEIRO JABOATAO - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: 1a TRAVESSA DA COLINA, 601 - CEP: 55000-000 - Bairro: ALTO DA COLINA - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO /BRASIL

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

**V-1 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **RODRIGO GOMES DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDU7963** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Ano Fabricação/Modelo: **2017/2017**

**V-2 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NAO INF** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

## Complemento / Observação

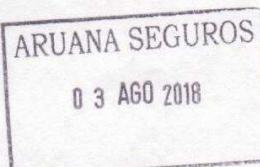
INFORMA QUE NA DATA CITADA, QUANDO PILOTAVA A MOTO ACIMA CITADA, QUANDO FOI ATINGIDO POR UM VEICULO QUE NAO SABE DESCREVER O CITADO, A REFERIDA MOTO HONDA NXR150BROSSESD, TEVE DANOS RETROVISORES, CARENAGEM, GUIDON, SETAS, ESTRIBUS, SENDO QUE O SENHOR PAULO JOAO SOFREU FRATURAS NO TORNOSOLO DA Perna DIREITA, E ESCORRIACOES NO BRACO DIREITO, SENDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA UPA DA IMBIRIBEIA „PELO EXPOSTO PEDE PROVIDENCIAS.. BO COMPLEMENTADO!!!

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

*Paulo Joao de Albuquerque*  
PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MONICA MARIA DE SANTANA** - Matrícula: **350022-3**

*[Assinatura]*





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima **Paulo João de Albuquerque** CPF da Vítima **101.413.704-75** Data do Acidente **06-06-2018**

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD) <b>81 8402-0434</b>

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:

#### Assinalar uma das opções abaixo:

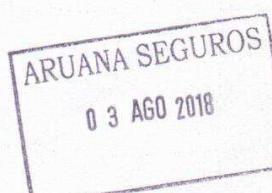
- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**Jahootá, 03 de Agosto de 2018**

Local e Data



**XPaulo João de Albuquerque**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



## Declarando do Proprietário do Veículo

Eu, RODRIGO GOMES DOS SANTOS,  
RG nº 7005537, data de expedição 15/05/2007

Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 076.068.714-50, com

Domicílio na cidade de JABOTIÁ-GUARARAPES, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA LADEIRA DA COLINA, nº 601

Complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

Mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

Vítima PAULO JOÃO DE ALBUQUERQUE cujo o condutor era

O MESMO.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA/NXR160 BROS ESDD

Ano: 2017

Placa: PDU-7963

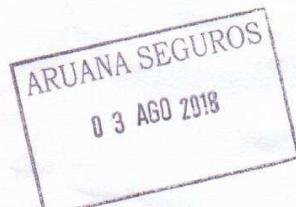
Chassi: 9C2KD0810HR419705

Data do Acidente: 06-06-2018

Local e Data: 23-07-2018

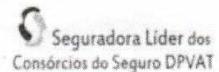
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

3180412123



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0327001/18

**Vítima:** PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE

CPF: 101.413.704-75

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 06/06/2018

**Titular do CPF:** PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE : 101.413.704-75**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.  
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

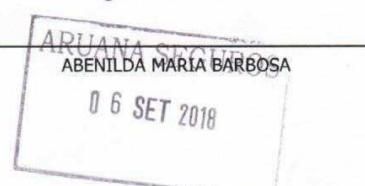
#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/09/2018  
Nome: PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE  
CPF: 101.413.704-75

PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/09/2018  
Nome: ABENILDA MARIA BARBOSA  
CPF: *Abenilda*





## LAUDO MÉDICO

Data de Atendimento: 23/08/18

Nº PRONTUÁRIO: 105 986

NOME DO PACIENTE: Paulo João de Almeida

### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

*3 meses pós operatório de  
fratura de tornozelo direito, tratado com  
placa e parafusos.*

*alta do ambulatório.*

### OBS.:

*CID: S82.3*

Nº DIAS        ( ) AFASTAMENTO DO TRABALHO

23/08/18

*Vinícius G. Costa  
Médico  
035593-PE*

Assinatura do Médico  
Carimbo

CÓD. 38391







HOSPITAL  
**DOM HELDER CÂMARA**



## 1. Identificação

Leito da SBPA: ✓ 21

## 2. Procedimento cirúrgico

### 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: 110 x 75 mmHg FR: 18 p/min FC: 72 p/min SaPO2: 97%  
Glasgow: \_\_\_\_\_

#### 4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	150x75	140x75	130x75	160x75	150x75	140x75
FR	12	12	12	12	12	12
FC	80	80	80	80	80	80
SaPO2	95%	95%	95%	95%	95%	95%
Glasgow						

## 5. Intercorrências/observações:

## 6. Alta da SRBD

Sinais vitais: PA: 106/89 FC: 76 FR: — SaPO2: 96% Glasgow:

Data: 06/06/18 Scenario: S15 Bresciani - 1a colha nova murcha

Alta da SFRB 2010



LEIA 36-18

HOSPITAL DOM MATEUS CAVARA  
AGENCIAS  
REGISTRO  
DATA 26/2/18

D



**RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**

**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

**Nome Completo:** Francisco Ferreira Júnior  
**CRM. UF:** PE N° 23424  
**Endereço:** Hosp. Dom Helder Câmara,  
Rodovia BR 101 Sul-KM 95, CEP 54.510-000  
Cabo de Santo Agostinho – PE  
**Fone:** (81) 3183.0000

**1ª VIA FARMÁCIA**  
**2ª VIA PACIENTE**

**07/06/2018**

**Paciente:** PAULO JOAO DE ALBURQUERQUE

**Endereço:**

**Prescrição:**

**1) CEFALEXINA 500 MG – 28 COMPRIMIDOS**  
**TOMAR 01 COMP. VO 6/6H DURANTE 07 DIAS**

*Dr. Bruno D'oltrò  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE 26693*

**2) Dipirona DIP..... 01g – 01 caixa**

Tomar 01 comprimido via oral de 6/6h quanto tiver dor.

**OPICIONAL PARA DOR MUITO FORTE:**

**3) NOVOTRAM( 50mg)..... – 01 caixa**

Tomar um comprimido via oral de 8/8horas se a dor for muito forte

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

**Nome:**.....

.....

**Ident.:**..... **Órg. Emissor:**.....

**End.:**.....

.....

**Cidade:**..... **UF:**.....

**fone:**.....

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

**CNPJ: 06.626.253/0674-931**

**Insc. Est. 055104304**

**Empreendimentos Pague Menos S/A**

**Av. São Paulo, N° 625**

**Jardim São Paulo - CEP: 55.510-250**

**RECIFF - PE**

**ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: / /**





# SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE BLOCO CIRÚRGICO



Nome:

## Procedimento Cirúrgico

Registro:

Leito:

1024

---

## DIAGNÓSTICO

#### INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

### HORARIOS

- INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

  - ( ) Encorajar verbalização dos sentimentos e medos
  - ( ) Proporcionar apoio emocional
  - ( ) Dar informação ao paciente e familiares
  - ( ) Outros

- Manter decúbito elevado
  - Aspirar vias aéreas superiores de \_\_\_\_/\_\_\_\_ h
  - Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz
  - Manter o paciente em posição de fowler
  - Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR
  - Instalar ( manter ( Anotar oximetria de pulso
  - Outros

- Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de \_\_\_\_\_/\_\_\_\_ h
  - Estimular eliminação por meios físicos (ligar torneira, compressas frias no abdômen).
  - Colocar o paciente em posição de Fowler
  - Orientar o aumento da ingestão hídrica
  - Registrar-se:  Dor ao urinar  Abaulamento em suprapúbica  Ausência de diurese espontânea
  - Outros \_\_\_\_\_

- ✓) Verificar qual posição adequada do paciente no pós anestésico
  - ✓) Avaliar a localização e a intensidade da dor
  - ) Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação
  - ) Identificar fatores desencadeantes da dor
  - ) Registrar características e intensidade da dor
  - ) Outros

- ) Descrever características da lesão
  - ) Realizar curativo de 24 h
  - ) Realizar mudança de decúbito de 1 h
  - ) Medir décubito de dreno de 1 h
  - ) Manter curativo oclusivo por 8 h
  - ) Outros

- 3) Aferir pressão arterial de \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ h

- .) Manter decúbito:

- 180 *Journal of Health Politics, Policy and Law*

- ### Realizar curativo compresivo

- ### 3) Outros

LARUANA SEGUROS

08 AGO 2018

Local:

( ) Leve ( ) Moderado ( ) Severo

- ### Realizar curativo compresivo

- ### Outros

- ) Pinçar e

- ) Avaliar mobilização do dreno (Tracionar)

- ) Manter repouso no leito em posição:

- ### Outros



## Resumo de Alta Hospitalar

num 2

### PACIENTE: PAULO JOAO DE ALBURQUERQUE

REGISTRO: 105996 | IDADE: [Status] | DATA ADMISSÃO: 06/06/2018 | DATA ALTA: 07/06/2018

#### 1) Diagnósticos Definidos:

FRATURA TRIMALEOLO DO TORNOZELO DIREITO

#### 2) Conduta/ Procedimentos Realizados:

OSTEOSSINTESE COM PLACA E PARAFUSO

#### 3) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

#### 4) Informações Complementares:

1) MANTER MEMBRO ELEVADO DURANTE REPOUSO

2) DEAMBULAR COM AUXÍLIO DE MULETAS AXILARES ( CARGA ZERO SOBRE O MEMBRO OPERADO )

3) NÃO PISAR COM O MEMBRO OPERADO

4) RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 02 SEMANAS

#### Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim ( X ) Data da Consulta: 21/06/2018

Não ( )

de 06:00

as 08:00

#### Assinatura do Médico e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco – SES /PE  
Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar  
Hospital Metropolitano Sul – Dom Helder Câmara  
Rodovia BR 101 Sul – KM 95, CEP 54.510-000  
Cabo de Santo Agostinho – PE

Dr. Bruno Daltro  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM/PE 26693



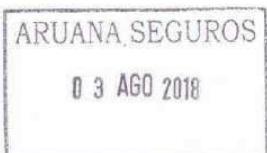
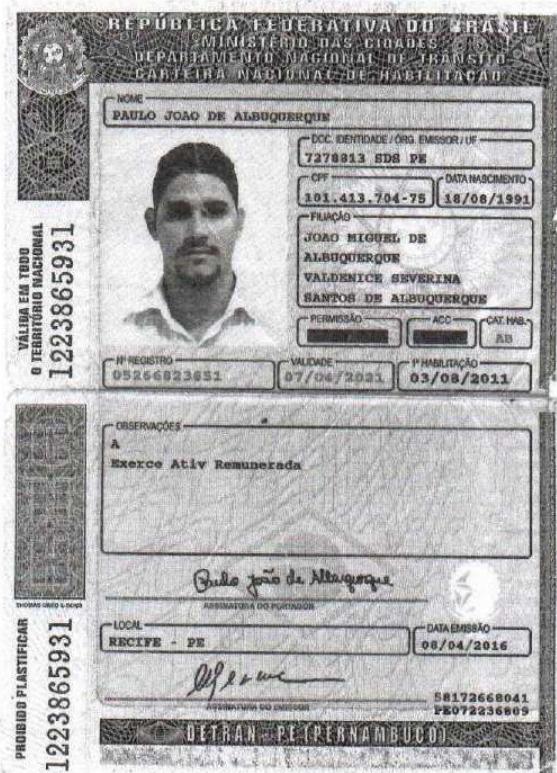
(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de  
retorno ambulatorial no HDH.

ARUANA SEGUROS

03 AGO 2018





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
Nº 013434910130  
VIA RENAVAM 1 1110056211 RALRC EXERCÍCIO 2018

RODRIGO GOMES DOS SANTOS

JAB GUARARAPES - PE 0

CPF / CNPJ 076.068.714-50 PLACA PDU7963

PLACA ANT / UF \*\*\*\*\*/PE CHASSI 9C2KD0810HR419705

ESPECIE TIPO PAS /MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/NXR160 BROS E3DD ANO FAB. 2017 ANO MOD. 2017

CAP / POT / CIL 2P / 162CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

I COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º \*\*\*\*\*  
P IPVA 2018 QUITADO 2º \*\*\*\*\*  
V FADA IPVA PARCELAMENTO / COTAS 3º \*\*\*\*\*  
A 1 \*\*\*\*\*

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
SEGURADO PAGO

OBSERVAÇÕES AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA

JAB GUARARAPES 26/02/18

Charles Andrews Souza Ribeiro  
Presidente DETAN/PE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013434910130 BILHETE DE SEGURO DPVAT

RODRIGO GOMES DOS SANTOS

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

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

JAB GUARARAPES - PE EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 26/02/18

VIA 1 076.068.714-50 PLACA PDU7963

RENAVAM 1110056211 MARCA / MODELO HONDA/NXR160 BROS E3DD

ANO FAB. 2017 CAT TARIF. 09 Nº CHASSI 9C2KD0810HR419705

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

SEGURADO PAGO PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO  
COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.802/0001-04

DESTEQUES E GUARDE O BILHETE DPVAT  
ELE NÃO É DE FORTE OBRIGATÓRIO.

ARUANA SEGUROS

03 AGO 2019





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

#### É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL 101 413 704 75 CPF da Vítima 101 413 704 75 Nome completo da vítima PAULO JOÃO DE ALBUQUERQUE

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	PAULO JOÃO DE ALBUQUERQUE	CPF titular da conta	101.413.704-75	Profissão	MOTORISTA
Endereço	RUA SANTA MARTÍNHA	Número	32	Complemento	CASA
Bairro	CAVALCÉIRO	Cidade	JABOTÃO GUARAPES	Estado	PE
Email				CEP	54260-170
				Telefone (DDD)	81 8402-0434

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR  SEM RENDA  ATÉ R\$ 1.000,00  R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00  R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00  ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. (Informar digito se existir) D/V (Informar digito se existir) CONTA NRO. (Informar digito se existir) D/V

#### CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Name BRADESCO NRO. 237  
AGÊNCIA NRO. 2140 D/V 0043823 CONTA NRO. 5 D/V  
(Informar digito se existir) (Informar digito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Recife, 03 de Agosto de 2018

Local e Data

Paulo João de Albuquerque  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

ARUANA SEGUROS

03 AGO 2018

9







# HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA



## IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

## 1. Identificação

Nome: Paulo Júlio da Silva Data: 06/06/12 Registro: 105996  
Convênio: SUS Leito: \_\_\_\_\_ Hora: 07:40

## 2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. Edney 1º auxiliar: Juliano  
Anestesista: Dr. Ribeiro Instrumentador: Cezar  
Circulante: Gelson

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDK
LAPL	<p>HDH DENTAL FGD 01.06.18 01 05.06.18 01</p> <p>STEAM 08.06.18 01 08.06.18 01</p> <p>08.06.18 2232 03.07.18 2232</p>	<p>10.12.02 10.8.10 10.12.02 10.8.10</p> <p>STEAM</p> <p>CISCA</p>
CRPTO	<p>HDH DENTAL FGD 04.06.18 02 01.06.18 02</p> <p>STEAM 11.06.18 01 11.06.18 01</p> <p>11.06.18 2339 01.09.18 2344</p>	<p>2551</p> <p>STEAM</p> <p>US Patent 6145963</p> <p>Accept if indicado como as cor à direito.</p>
PUNTO 30 FO.CO	<p>HDH DENTAL FGD 04.06.18 01 05.06.18 02</p> <p>STEAM 11.06.18 01 11.06.18 02</p> <p>11.06.18 2242 01.09.18 2345</p>	<p>2551</p> <p>STEAM</p> <p>ISO11140 Class 4</p>
BASICO mm 57	<p>HDH DENTAL FGD 04.06.18 01 05.06.18 02</p> <p>STEAM 11.06.18 01 11.06.18 02</p> <p>11.06.18 2242 01.09.18 2346</p>	<p>2551</p> <p>STEAM</p> <p>STEAM</p>
Ex. 3.8 CRONOS	<p>HDH DENTAL FGD 04.06.18 01 01.06.18 01</p> <p>STEAM 11.06.18 01 11.06.18 01</p> <p>11.06.18 2242 05.06.18 2233</p>	<p>2551</p> <p>STEAM</p> <p>STEAM</p>
CR. TUB. 1 TUB. CRONOS	<p>HDH DENTAL FGD 04.06.18 01 05.06.18 02</p> <p>STEAM 11.06.18 01 11.06.18 02</p> <p>11.06.18 2217 05.09.18 2348</p>	<p>2551</p> <p>STEAM</p> <p>STEAM</p>
Bandagem Trix. Smarrelli	<p>MOTOR BROCA</p> <p>FUNDACAO PROFESSOR MARTINIANO FERNA CME</p> <p>HDH DENTAL FGD</p> <p>LOTE: 247873 PLASMA EST: 04/05/2016 VAL: 04/08/2019</p> <p>003393992</p> <p>LAIS PASCHOAL COREN/PE 541.126</p> <p>WWW.ENQUERIMENTO.COM.BR</p>	<p>05.06.18 01</p> <p>12.06.18 2247</p> <p>ARUANA SEGUROS</p> <p>03 AGO 2018</p>



PACIENTE:	Paulo Franco da Almeida			DATA: 06/06/18
CIRURGIÃO:	Dr. Celso			RC: 103906
ANESTESISTA:	Dr. Rebeca			
CIRURGIA:	Tiragem de fístula traqueobrônquica			
ESTRUMENTADOR:	Dr. Celso			
CIRCULANTE:	Sylvia			
ENFERMEIRA:	Tânia			
DESCRÍÇÃO MATERIAL USADO EM SALA				
AGULHAS				
13X4,5	25X7	26X8	40X12	
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27	
ATADURAS				
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM	
GESSADA 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	PISANGUE	PISORO MACRO	
EXTENSORES				
20CM	40CM	80CM	120CM	
LAMINAS				
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 16	BISTURI 20	
BISTURI 22	BISTURI 24	BERMATOMO 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	CONEXA 2VIAS	CONEXA 4VIAS	
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GAZES	GELFOAN	
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA	
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO	

DESCRÍÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
DRENOS			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 16	SUCCAO 3,2	SUCCAO 4,8	SUCCAO 6,4
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36
SONDAS			
ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRACAO 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 PISSO	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	ACO 1	ACO 4	ACO 6

ARUANA SEGUROS

03 AGO 2018

CÓD. 38407

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM  
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Raulo José de Almeida Queiroz Data: 26/06/98 Hora: \_\_\_\_\_ Registro: 106996  
Convênio: SUS Leito: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Edmílson Anestesista: Dr. Renato  
Auxiliar: Dr. Guilherme 2º Auxiliar: Edmílson Instrumentador: Edmílson

3 - ADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Primer. Fratura clavícula Início: 10:00 Término: 10:22  
Anestesia: Raquel + Sedação Início: 8:20 Término: 10:52

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

Estado Geral:  Bom  Regular  Gravemente  
Nível de Consciência:  Orientado  Consciente  Sonolento  Coma  
Respiração:  Espontânea  Entubado  Tracheostomizado  
Tricotomia:  Sim  Não

Chegou no CC em uso de: mota hospitalar

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

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

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso	<input checked="" type="checkbox"/>	Monitor Cardíaco	<input checked="" type="checkbox"/>	PNI	<input checked="" type="checkbox"/>	Bomba CEC	Aspirador	<input type="checkbox"/>
Coilhão Térmico	<input type="checkbox"/>	Bisturi Ultrassônico	<input type="checkbox"/>	Artroscópio	<input type="checkbox"/>	Microscópio	Capnógrafo	<input type="checkbox"/>
Bisturi Elétrico	<input checked="" type="checkbox"/>	Local da Placa	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Carro de Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/>	Díprofusor	<input type="checkbox"/>	Intensificador	<input checked="" type="checkbox"/>	Nº ( )	_____	_____
Ap. Video	<input type="checkbox"/>	Bomba de Infusão	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
Oxigênio	<input checked="" type="checkbox"/>	Início	<u>8:30</u>	Termino	_____	_____	_____	_____
Protóxido	<input type="checkbox"/>	Início	_____	Termino	_____	_____	_____	_____
Gás Carbônico	<input type="checkbox"/>	Início	_____	Termino	_____	_____	_____	_____
Outros:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Cânula Orotraqueal:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Punção Venosa:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Sonda Vesical de Demora:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Sonda Gástrica:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Drenagem (Tipo e Local):	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	_____	_____
Curativo (Tipo e Local):	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	_____	_____

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA:	<u>segue em ficha</u>	CIRURGIA:	<u>segue em ficha</u>
anestesia	anestesia	anestesia	anestesia
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

6 - OBSERVAÇÕES:

segue para SR em intercorrência

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

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

Data:	<u>26/06/98</u>	Hora:	<u>11:00</u>	Enfermeira:	<u>Thais</u>	Observante:	<u>Deco</u>
-------	-----------------	-------	--------------	-------------	--------------	-------------	-------------

ARUANA SEGUROS

03 AGO 2018

Cód. 88607



## HOSPITAL DOM HELDER CAMARA



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

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

### CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

#### FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 105996

Nome: PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE

Mãe: VALDENICE SEVERINA SANTOS DE ALBUQUERQUE

End.: RUA SANTA MARTINHA

Enferm.: LEITO 14

Atendimento: 439233

Leito: 675

Dt.Cad: 06/06/2018

Dt. Nasc: 18/08/1991

Bairro: CAVALEIRC

Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES

CNS:

#### 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 \_\_\_\_\_

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

Exames de imagem estão disponíveis?

- Sim
- Não se aplica

- Antecipação de eventos críticos:
- Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia?  
Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas?
- Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente?
- Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico?

#### 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

ARUANA SEGUROS

03 AGO 2018



### FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 439233

Data e Hora do Atendimento: 06/06/2018 03:07

Usuário do Atendimento: EDJANEPP

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE

Prontuário: 105996

Nome da Mãe: VALDENICE SEVERINA SANTOS DE ALBUQ. Nome do Pai: JOAO MIGUEL DE ALBUQUERQUE

Data do Nascimento: 18/08/1991

Idade: 26 anos

Sexo: MASCULINO

Estado Civil: CASADO

RG: 7278813

SDS PE Data Emissão:

CPF: 10141370475

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) COMPLETO

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: MOTORISTA

Endereço: RUA SANTA MARTINHA

32 CAVALEIRO

Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES

PE CEP: 54260170

Fone:

### DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: UPA IMBIRIBEIRA

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: BLOCO CIRURGICO - RPA

Leito: LEITO 14

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Cabo de Santo Agostinho, 06/06/2018

Assinatura e R.G. do Responsável: \_\_\_\_\_

### SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: *Melhorou*

Diagnóstico: *Fratura Tarsometatarsiana de Pernas*

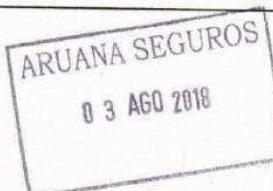
Procedimento: *osteosíntese em placas e mafra*

Alta em: *07 / 06 / 18* Hora: *10:00*

Médico e C.R.M: \_\_\_\_\_

Responsável pela retirada do paciente - Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura e R.G: \_\_\_\_\_



Hospital Dom Helder Câmara  
Moema Kelliny  
Aracaju  
SIME/Faturoamento



10.06.18





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 439232

Data e Hora: 06/06/2018 02:56

**Senha da Classificação:**

0003

Paciente: 105996 PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE Sexo: MASCULINO  
Data do Nascimento: 18/08/1991 Idade: 26 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG  
Nome da Mãe:: VALDENICE SEVERINA SANTOS DE ALB Nome do Pai: JOAO MIGUEL DE ALBUQUERQUE  
Estado Civil: CASADO Nome do Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA CRM: 17726  
Endereço: RUA SANTA MARTINHA -- 32 Bairro: CAVALEIRO  
Cidade/UF: JABOATAO DOS GUARARAPES PE Usuário Atendimento: EDJANEPEB  
RG (Identidade): 7278813 SDS PE Data de Emissão:  
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 10141370475 Fone:  
Cartão SUS: Data de Emissão CRN:

## RESUMO DE TRATAMENTO

Pt.: Altura: Temperatura:

Horas:

## C.ixa Principal

They are the symbols of gender and  
up to one hand. see the (1)  
No. 3 figures etc.

### Exame Físico

Examen Fisico

estuve loco	ARIJANA SEGUROS
	03 AGO 2018

#### Protese Diagnostico

Examination Report at 9020

## Conduita Terapêutica

Conducta terapêutica (do bloco: Enigma)

## Prescrição Médica

Dr. Mervinier Mendes de Oliveira  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 13569

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

**UNIDADE:**

**LEITO DO PACIENTE:**

### Carimbo/Médico



# HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 06/06/2018 02:52

Nome Paciente:	PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE
Cód. Paciente:	105996
Data de Nascimento:	18/08/1991
Sexo:	Masculino
Idade:	26
Senha:	0003
Convênio:	2 - SUS/SIA AMB/URG
Atendimento:	439232
SAME:	

Período: 06/06/2018 03:04 - 06/06/2018 03:05

ALEKSANDRA ALVES DOS SANTOS - COREN: 362795 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

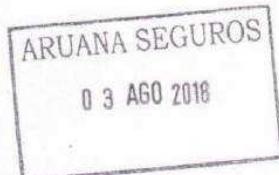
Cor:  AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE PROCEDENTE DA UPA DA IMBIRIBEIRA COM HISTÓRIA DE LUXAÇÃO DE TORNOZELO DIREITO COM SENHA: 5441907 PRACEDENTE DA UPA DA IMBIRIBEIRA. NEGA EMESE E DESMAIO. NEGA HAS, DM E ALERGIAS.

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Acolhido(a) por: ALEKSANDRA ALVES DOS SANTOS - COREN: 362795 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 06/06/2018 03:05

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: GLAUCIA RODRIGUES MORAIS ALVES - 31/01/2019 16:41:51  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19013116415134800000040040305>  
Número do documento: 19013116415134800000040040305

Num. 40631384 - Pág. 3

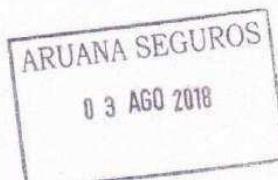
TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Nome do Paciente: PAULO JOAQUIM DE ALBUQUERQUE  
Data de Nascimento: 18/08/1991 Data Atendimento: 06/06/2018  
Pron.ário: 0000516533 Cód. Atendimento: 01095617  
Nome do Hospital: HCH  
Senha: 5441907  
Transporte:  Ambulância Básica  Ambulância Avançada  Próprio  
 Acompanhamento Médico  
Observação: FRATURA - LUXAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO

Recife, 06 de Junho de 2018

Anderson Ary Dias  
CRM: 21731

Médico: ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA SILVA  
CRM: 21731



## HISTÓRIA CLÍNICA

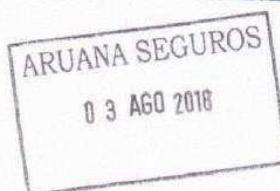
### Identificação

Nome: Paulo Henrique Registro: 106386 Nº Atendimento: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Acompanhante: ( ) Sim - ( ) Não  
Clínica: Brasília Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Queixa Principal e Duração: Doença de muito tempo

História da Doença Atual: Doença que não se sabe de qual é

Dr. Mawries Mendes de Oliveira  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM: 11569





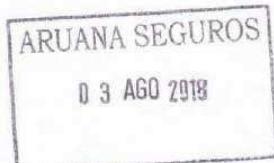
Serviço tarifado conforme cartaz de tarifa em vigor.

### Extrato últimos 5 dias

REDE BRADESCO - CONSULTA DE SALDOS  
PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE 13:51 HRS  
AGENCIA 2140 CONTA 0043823-5 02/AGO/2018

MOVIMENTACAO - CONTA FACIL - (C/C + POUP)

SETEMBRO/2017		
DIA	HISTORICO	VALOR
08	SALDO ANTERIOR	0,00
AGOSTO/2018		
02	TARIFA BANCARIA 0010618	28,00-
	CESTA FACIL ECONOMIC	
	TARIFA BANCARIA 0020418	24,00-
	CESTA FACIL ECONOMIC	
	TARIFA BANCARIA 0020718	28,00-
	CESTA FACIL ECONOMIC	
	SALDO TOTAL	81,00-



00/00/00

1 de 1

13



Assinado eletronicamente por: GLAUCIA RODRIGUES MORAIS ALVES - 31/01/2019 16:41:51  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19013116415146200000040041130>  
Número do documento: 19013116415146200000040041130

Num. 40632227 - Pág. 1



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0283277/18

Vítima: PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE  
CPF: 101.413.704-75

CPF de: Próprio

3180357682

Data do Acidente: 06/06/2018

Titular do CPF: PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE : 101.413.704-75**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

#### ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

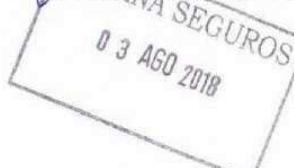
Data da entrega: 03/08/2018  
Nome: PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE  
CPF/CNPJ: 101.413.704-75

PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/08/2018  
Nome: ABENILDA MARIA BARBOSA  
CPF: 088.888.888-80

ABENILDA MARIA BARBOSA



Aviso de Cirurgia : 36539  
Paciente : 105996  
Convênio Atend. : 1  
Leito : 712  
Dt. Início : 06/06/2018 09:00 Dt. Fim : 06/06/2018 11:00

Cid Pré-Operatório :  
Cid Pós-Operatório :

### Ficha de Cirurgia Descritiva

Sala : 0003 SALA 03

PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE  
SUS - INTERNACAO  
404 - 02 - LT TRAUMA

Atendimento : 439233  
Carteira :  
Idade : 26 Anos

### Procedimentos

Procedimento: 0408050578 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR (PRINCIPAL)  
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO  
Anestesia: 86 RAQUI ANESTESIA + SEDACAO

### Equipe Médica

JURGIAO 15820 BRUNO HENRIQUE PIRES DE LIRA  
CIP GIAO 10457 LUCIANO LEITE DA CUNHA JUNIOR  
ANESTESISTA 18488 REBECA FELISSA ALBUQUERQUE SOARES

### Descrição

#### Descrição Cirúrgica :

HD: FRATURA TRIMALEOLAR DE TORNOZELO DIREITO  
CD: OSTEOSINTESE COM PLACAS E PARAFUSOS

#### Descrição

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
3. ASSEPSIA E ANTISEPSIA MID
4. INCISAO EM FACE LATERAL TORNOZELO D
5. DISSECCAO POR PLANOS + VISUALIZAÇÃO FOCO DA FRATURA + LAVAGEM COM SF 0,9%
6. REDUÇÃO CRUENTA + FIXAÇÃO COM 01 PLACA 1/3 CANO DE 09 ORÍFÍCIOS E 06 PARAFUSO
7. CONTROLE RADIOSCOPICO
8. MINILINCISÃO MEDIAL, FRATURA REDUZIDA, FIXACAO COM 2 PARAFUSOS ESPONJOSOS 3,5MM ROSCA PARCIAL
9. FIXAÇÃO DE PLACA POSTERO-MEDIAL PARA COMPRESSÃO DE MALEOLO POSTERIOR
10. CONTROLE RADIOSCOPICO CURATIVO COM GAZE E CREPE
11. TESTADO ESTABILIDADE, SEM SINAIS DE INSTABILIDADE
12. BOA PERFUSÃO DISTAL

#### Achados Cirúrgicos:

#### Descrição Complementar

DR(A) : BRUNO HENRIQUE PIRES DE LIRA  
CRM-15820

ARUANA SEGUROS  
03 AGO 2018

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA



Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE**

Nº Sinistro: **3180357482**  
Vitima: **PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE**  
Data do Acidente: **06/06/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180357482**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

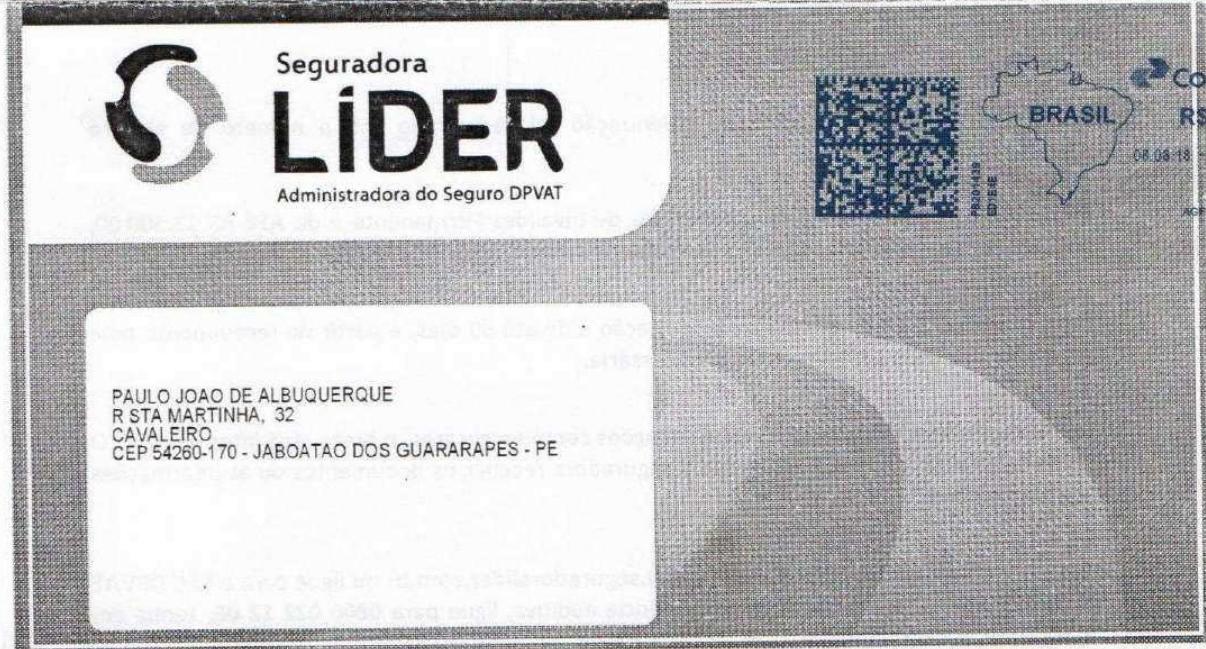
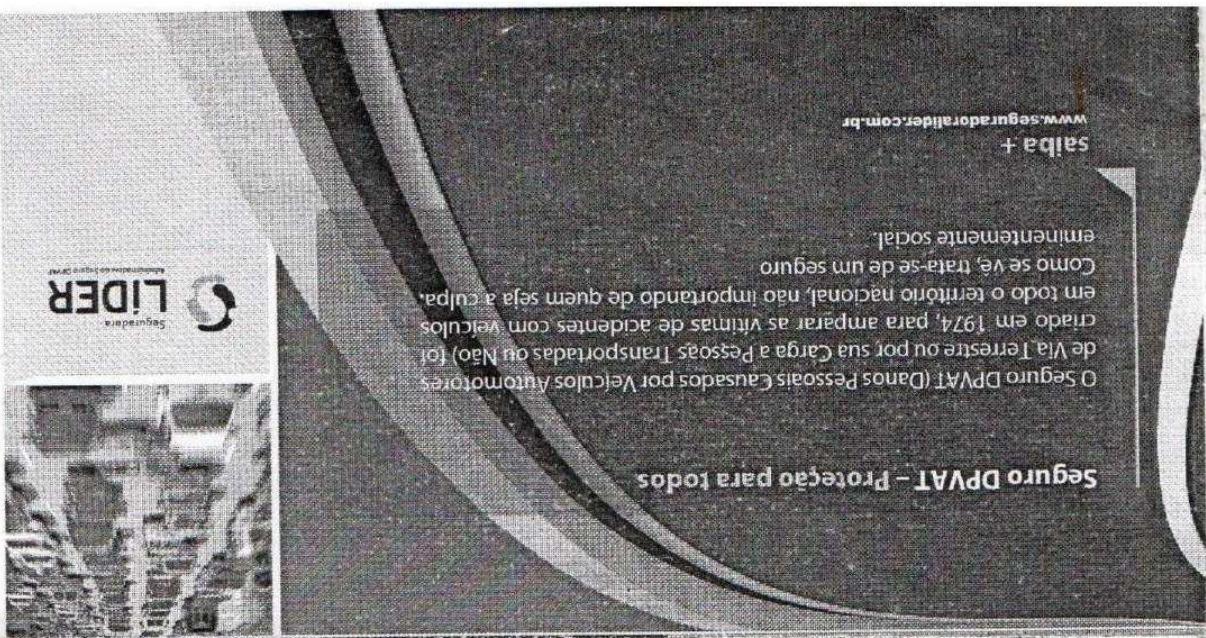
Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 1319037





DEVOLUGA	Seguradora Líder - DPVAT	www.seguradoralider.com.br
www.seguradoralider.com.br CEP: 20270-970		
Para uso dos correios		
Responsável pela informação		
<input type="checkbox"/> Móvel - se	<input type="checkbox"/> Endereço residencial	<input type="checkbox"/> N.º do prédio
<input type="checkbox"/> Desconhecido	<input type="checkbox"/> N.º do bloco ou nr. imóvel	<input type="checkbox"/> P.º
<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> P.º	<input type="checkbox"/> Data _____
<input type="checkbox"/> Residido	<input type="checkbox"/> Endereço profissional	<input type="checkbox"/> Endereço
<input type="checkbox"/> Morador	<input type="checkbox"/> Endereço residencial	<input type="checkbox"/> Endereço



Assinado eletronicamente por: GLAUCIA RODRIGUES MORAIS ALVES - 31/01/2019 16:41:51

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19013116415155000000040041816>

Número do documento: 19013116415155000000040041816

Num. 40632925 - Pág. 2



Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE**  
Nº Sinistro: **3180357482**  
Vitima: **PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE**  
Data do Acidente: **06/06/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização cadastrado sob o número de sinistro **3180357482**, verificamos que, até o presente momento, não foram apresentados documentos que comprovem o término do tratamento e a existência de invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi encerrado.

Para prosseguimento da análise, será necessário apresentar documentação médica que comprove o término do tratamento e a existência de sequelas permanentes.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT **0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13220322





Seguradora  
**LIDER**  
Administradora do Seguro DPVAT

PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE  
R STA MARTINHA, 32  
CAVALEIRO  
CEP 54260-170 - JABOATAO DOS GUARARAPES - PE



JO987672214BR



Saiba + [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

Antes de tudo, lembre-se: para dar entrada no pedido de indenização ou acompanhar o andamento do processo, não é preciso envolver intermediários. Se você é o principal interessado na indenização, cuide dela você mesmo.

Enviaremos a Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A. os documentos necessários para a sua seguradora consorcada, que, após constatar a sua regularidade, os entregá-los em uma Seguradora Consorcada, que, após constatar a sua regularidade, os sollicitar a indenização do Seguro DPVAT e simples: basta juntar os documentos necessários e encaminhar a Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A.

**DPVAT - Como Reduzir**

Administradora do Seguro DPVAT  
**LIDER**  
Seguradora



Assinado eletronicamente por: GLAUCIA RODRIGUES MORAIS ALVES - 31/01/2019 16:41:51  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19013116415164800000040041836>  
Número do documento: 19013116415164800000040041836

Num. 40632949 - Pág. 2