

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE EPIFANIO ALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03122

CONTA: 000000037363-3

Nr. da Autenticação 9B80AE2A2B58FAAD

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180385263 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE EPIFANIO ALVES **Data do acidente:** 20/04/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 5º METATARSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

CRM: 5255920-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180385263 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE EPIFANIO ALVES **Data do acidente:** 20/04/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 5º METATARSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: JOSE EPIFANIO ALVES

Nº Sinistro: 3180385263

Vitima: JOSE EPIFANIO ALVES

Data do Acidente: 20/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180385263**.

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 13278178



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 022 1204 ou 0800 221 2066 (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

CPF da Vítima

196.538.754-34

Nome completo da vítima

Jose Epitânio Alves

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Jose Epitânio Alves

CPF titular da conta

196.538.754-34

Profissão

AUTONOMO

Endereço

R. Francisco Rosa de Almeida

Número

225

Complemento

Casa

Bairro

Alto da Naução

Cidade

Olinda

Estado

PE

CEP

53320-450

Email

Telefone (M/D)

(81) 3011 3224

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima, anexo 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\$ 2.000,00

☐ 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

Nº

3122

D/V

CONTA

Nº

37363

D/V

3

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito 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.

Olinda, 23 de julho de 2018

Local e Data

Jose Epitânio Alves

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ARUANA SEGUROS
20 AGO 2018



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ªCIRC
DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0114006375**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/08/2018** às **10:17**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **20/4/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE TORROES (BAIRRO), 1** - Bairro: **TORROES** -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **CRUZAMENTO DA AVENIDA ABDIAS DE**
CARVALHO SENTIDO SAN MARTIM
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO IDENTIFICADO (AUTOR \ AGENTE)
JOSE EPIFANIO ALVES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

JOSE EPIFANIO ALVES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ALAIDE FRANCISCA ALVES** Data de Nascimento: **5/3/1959** Naturalidade: **OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1767922/SDS/PE (RG), 19653875434 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **FUNCIONÁRIO PÚBLICO** Telefones Celulares: **- 86501273**

Endereço Residencial: **RUA FRANCISCO ROSA DE ALMEIDA, 225 - CEP: 55000-000 - Bairro: ALTO DA NACAO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

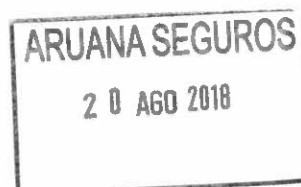
NAO IDENTIFICADO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE EPIFANIO ALVES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE EPIFANIO ALVES**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKA6918** (PERNAMBUCO/OLINDA)
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **GASOLINA**



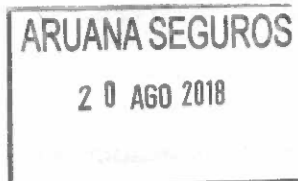
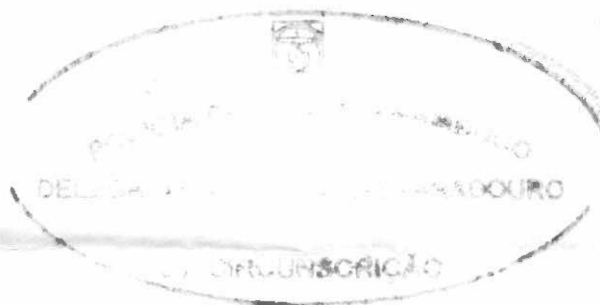
Complemento / Observação

A VITIMA VEIO NOTICIAR O ACIDENTE DE TRANSITO AO QUAL ENVOLVEU-SE QUANDO NA DATA E LOCAL MENCIONADOS CONDUZIA SUA MOTO QUANDO UM AUTOMOVEL DE PLACA E CONDUTOR NAO IDENTIFICADOS QUE ESTAVA PARADO NO SEMAFORO PAROU E ABRIU A PORTA NO MOMENTO EM QUE A VITIMA PASSAVA PROVOCANDO O CHOQUE DA MOTO COM A PORTA FERINDO O PE DIREITO DA VITIMA ESTE FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA A UPÁ DOS TORROES DE LA FORA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DOM HELDER CAMARA.

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

Jose Epifanio Alves
JOSE EPIFANIO ALVES
(VITIMA)

B.O. registrado por: *MAURÍCIO FERNANDO ARAÚJO DA SILVA* - Matrícula: **152497-6**



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 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/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 Renato Nogueira da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.382.254 34, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Epifanio Alves, inscrito (a) no CPF sob o Nº 196.538.754 / 34, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jose Epifanio Alves, inscrito (a) no CPF sob o Nº 196.538.754 34, 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>R. Fernandes Vieira</u>		Número <u>21</u>	Complemento <u>C5-B</u>
Bairro <u>Ed. atlântico</u>	Cidade <u>Olinda</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>53140-300</u>
Telefone comercial(DDD) <u>(81) 3011 3224</u>		Telefone celular (DDD)	

Olinda, 23 de julho de 2018
Local e Data

Renato Nogueira da Silva
Assinatura do Declarante

ARUANA SEGUROS
20 AGO 2018

Nome: JOSE EPIFANIO ALVES

Nº registro: 615792

Dt. Nasc.: 05/03/59 - 59 ano (s)

Sexo: Masculino

Mãe: ALAIDE FRANCISCA ALVES

Fone: 81949501213

Endereço: R FRANCISCO ROSA DE ALMEIDA, nº 225, ALTO DA NAÇÃO. OLINDA - PE

Data/hora: 20/04/2018 - 17:25

Nº pág.: 1/2

FICHA DE ATENDIMENTO

CR: ORTOPEDIA - AMARELO

ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:

TRIAGEM:

- QUEIXA
- COM FERIMENTO EM PÉ DIREITO APOS TRAUMA

ORIGEM

-

TIPO DE CHEGADA

-

OBSERVAÇÕES

-

FLUXOGRAMA

- Problemas em extremidades

DISCRIMINADOR

- Dor moderada *

COLETA AUTORIZADA?

- SIM

AValiação E MEDIDAS CLíNICAS

- DOR 7

DOR 7

ENCAMINHAMENTOS

- Ortopedia

TRANSPORTADO POR

-

JUSTIFICATIVA

-

MEDICA:

PACIENTE RELATA ACIDENTE COM MOTO HÁ 40 MINUTOS COM TRAUMA CONTUSO NO PÉ DIREITO APRESENTANDO FERIMENTO CORO-CONTUSO NO DORSO DO PÉ DIREITO COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA.

EXAME FÍSICO:

Peso:

Altura:

IMC: ()

Temperatura: °

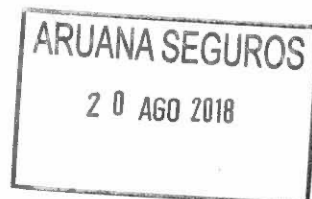
PA: x mmHg

HGT: mg/dL

FERIDA CORTO-CONTUSA COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA NO DORSO DO PÉ DIREITO COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S923 - FRATURA DE OSSOS DO METATARSO|



Esta conta deve ser paga com recursos públicos.



Nome: JOSE EPIFANIO ALVES

Nº registro: 615792

Dt. Nasc.: 05/03/59 - 59 ano (s)

Sexo: Masculino

Mãe: ALAIDE FRANCISCA ALVES

Fone: 81949501213

Endereço: R FRANCISCO ROSA DE ALMEIDA, nº 225, ALTO DA NAÇÃO. OLINDA - PE

Data/hora: 20/04/2018 - 17:25

Nº pág.: 2/2

OBSERVAÇÕES :

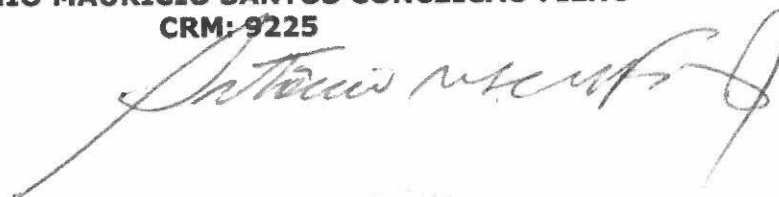
Evolução do paciente:

TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL D. HELDER

Resultados de Exames:

RX EVIDENCIA FRTURA DO 5º METATARSEANO DIREITO

Dr. ANTONIO MAURICIO SANTOS CONCEICAO FILHO
CRM: 9225



Unidade de Pronto Atendimento
Olinda - Pernambuco
Período: 17:25

ARUANA SEGUROS

20 AGO 2018

Esta conta deve ser paga com recursos públicos.

Nome: JOSE EPIFANIO ALVES

Nº registro: 615792

Dt. Nasc.: 05/03/59 - 59 ano (s)

Sexo: Masculino

Mãe: ALAIDE FRANCISCA ALVES

Fone: 81949501213

Endereço: R FRANCISCO ROSA DE ALMEIDA, nº 225, ALTO DA NAÇÃO. OLINDA - PE

Data/hora: 20/04/2018 - 18:08 Nº pág.: 1/1

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

REMOÇÃO COM MÉDICO : NÃO

AMBULÂNCIA BÁSICA(USB)

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO OCASIONANDO FRATURA EXPOSTA DO 5º METATARSEANO NO PÉ DIREITO.

EXAME FÍSICO:

Peso:

Altura:

IMC: ()

Temperatura: °

PA: x mmHg

HGT: mg/dL

FERIDA CORTO-CONTUSA COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA NO DORSO DO PÉ DIREITO COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA.

CONDUTA:

RX, ANALGESIA, CEFALOTINA, IMOBILIZAÇÃO

Exames Complementares/Resultados:

RX ANEXO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S923 - FRATURA DE OSSOS DO METATARSO|

OBSERVAÇÕES :

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: HOSPITAL D. HELDER

Especialidade: TRAUMATO/ORTOPEDIA

Senha: 5409629

PACIENTE SOLICITA TRANSPORTE POR MEIOS PRÓPRIOS :NÃO

Dr. ANTONIO MAURICIO SANTOS CONCEICAO FILHO

CRM: 9225

Antonio Mauricio Santos Conceicao Filho

ARUANA SEGUROS

20 AGO 2018

Esta conta deve ser paga com recursos públicos.

ARUANA SEGUROS

20 ABO 2018



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 431332

Data e Hora: 21/04/2018 02:10

Senha da Classificação:

0004

Paciente: 104558 JOSE EPIFANIO ALVES

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 05/03/1959 Idade: 59 anos

Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: ALAIDE FRANCISCA ALVES

Nome do Pai: SEVERINO EPIFANIO ALVES

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Endereço: RUA FRANCISCO ROSA DE ALMEIDA - BULTRINS

225

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE

Usuário Atendimento: MICHELLINESM

RG (Identidade): 1767922

SSP PE

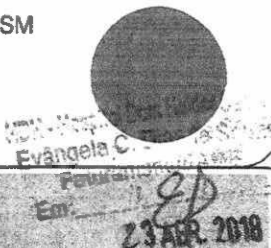
Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 19653875434

Fone: 86501273

Cartão SUS:

Data de Emissão CRN:



RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Paciente se queixa de queda com
trauma em região da cabeça
há 12 horas

Exame Físico

União cervical local
ECG (r) S1 Saona Tc

Hipótese Diagnóstica

fratura de S. MTT (comiss)

Conduta Terapêutica

Tratamento: UAT, SAT, 10h de observação

Prescrição Médica

ATENDIDO cefalotina 2g + SSFV 02:50
ATENDIDO co-trimoxazol 100 + 100mg 02:50
Do 30x3
2g de Dipirona + água destilada 13:30
Tramal de 100mg + 100ml S.F. 019 B/ 13:30
EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR
UNIDADE + 100ml S.F. 019 B/ 13:30
LEITO DO PACIENTE:

Dr. Márcio Mendes de Oliveira
Ortopedia - Traumatologia
CRM 18569


Carimbo/Médico

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 21/04/2018 02:06

	Nome Paciente:	JOSE EPIFANIO ALVES
	Cód. Paciente:	104558
	Data de Nascimento:	05/03/1959
	Sexo:	Masculino
	Idade:	59
	Senha:	0004
	Convênio:	2 - SUS/SIA AMB/URG
Atendimento:	431332	
SAME:		

Período: 21/04/2018 02:20 - 21/04/2018 02:22

NICOLLE FLAVIA FONSECA VASCONCELOS - COREN: 8910 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **EMERGENCIA - VERMELHO**

Cor:  VERMELHO

Queixa Principal: PACIENTE REFERE DOR INTENSA MID, LESÃO DEVIDO ACIDENTE DE MOTO FRATURA EXPOSTA EM PÉ DIREITO. NEGA EMESE, NEGA HIPERTERMIA.
HAS - DM - NEGA ALERGIA
FC 67 BPM
SPO2 96%
PA 140X80

Observação: PROVENIENTE DA UPA DE TORRÕES COM SENHA 5409629

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR INTENSA (8-10/10)
- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

ARUANA SEGUROS
20 AGO 2018

Acolhido(a) por: NICOLLE FLAVIA FONSECA VASCONCELOS - COREN: 8910 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 21/04/2018 02:22



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
ATENDIMENTO AMBULATORIAL - EGRESSO



Atendimento: 434927

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Data e Hora: 11/05/2018 07:02

Paciente: 104558 JOSE EPIFANIO ALVES

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 05/03/1959 Idade: 59 anos

Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: ALAIDE FRANCISCA ALVES

Nome do Pai: SEVERINO EPIFANIO ALVES

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CAI

CRM: 13783

Endereço: RUA FRANCISCO ROSA DE AI -- BULTRINS 225

Bairro: BULTRINS

Cidade/UF: OLINDA

PE

Usuário Atendimento: JAIDETTENS

RG (Identidade): 1767922

SSP PE

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 19653875434

Fone: 86501273

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RECIBO DE ATENDIMENTO
Evângela D. de Souza
Enfermeira
16 MAIO 2018

HDA - HISTORICO DA DOENÇA ATUAL

EXAME FISICO

Temperatura: ()

Pressão Arterial: ()

Peso: ()

Altura: ()

Outros: _____

SOLICITAÇÃO PARA CONSULTA DE RETORNO

Data do Retorno: _____

Hora do Retorno: _____

Médico do Retorno: _____

Anotações: _____

Carimbo/Médico

Dr. Homero Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 13528

ARJANA SEGUROS

20 AGO 2018

OBS: Ao final da consulta encaminhar essa ficha para o atendimento (recepção). Caso a solicitação de retorno seja preenchida o setor (ambulatorio de egresso) fará o agendamento tipo 2 (Retorno).

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 431334

Data e Hora do Atendimento: 21/04/2018 02:26

Usuário do Atendimento: AMANDAMMS

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: JOSE EPIFANIO ALVES

Prontuário: 104558

Nome da Mãe: ALAIDE FRANCISCA ALVES

Nome do Pai: SEVERINO EPIFANIO ALVES

Data do Nascimento: 05/03/1959

Idade: 59 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: CASADO

RG: 1767922

SSP PE Data Emissão:

CPF: 19653875434

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) COMPLETO

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: VIGILANTE

Endereço: RUA FRANCISCO ROSA DE ALMEIDA/ 225

CENTRO

Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES

PE

CEP: 54080970

Fone: 86501273

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: UPA TORROES

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERMELHA

Leito: LEITO 13-E

(401-03)

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, 21/04/2018

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta:

Diagnóstico:

Procedimento:

Alta em:

Hora:

Médico e C.R.M.:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G.:

Hospital Dom Helder Câmara
Miguel de Almeida
Arquivo
SAMU/Faturamento

ARUANA SEGUROS

20 AGO 2018

Hospital Dom Helder Câmara
Jefferson Melo
Faturamento/SAME
Data: 25 ABR 2018

Hospital Dom Helder Câmara
08.05.18

Exame Físico:

Exame físico

Antecedentes Pessoais:

0

Medicações em Uso:

0

Antecedentes Familiares:

0

Hipótese Diagnóstica Principal:

fractura exposta

Hipóteses Diagnósticas Secundárias:

SEM TTT - (E)

Plano Terapêutico:

A Suiologia

Cabo de Santo Agostinho, 21/04/18

Dr. Maximir Mendes de Oliveira
Ortopedia - Traumatologia
CRM 19412

Assinatura e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES / PE
Hospital Metropolitano Sul - Dom Hélder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE

ARUANA SEGUROS

20 AGO 2018

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 35938 Sala : 0003 SALA 03
Paciente : 104558 JOSE EPIFANIO ALVES Atendimento : 431334
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 634 LEITO 1 Idade : 59 Anos
Dt. Início : 21/04/2018 14:42 Dt. Fim : 21/04/2018 15:42
Cid Pré-Operatório : S925 FRATURA DE OUTRO ARTELHO
Cid Pós-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0408050195 REDUCAO INCRUENTA DA LUXACAO / FRATURA-LUXACAO METATARSO-FALANGIANA /
INTERFALANGIANA DO PE (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIAO 14583 EDGLEY MACIEL LACERDA JUNIOR

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

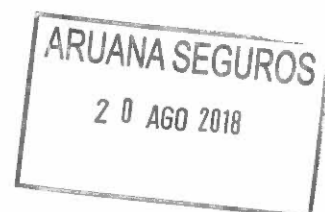
1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM MESA CIRÚRGICA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
4. LIMPEZA EXAUSTIVA DE FOCO DE FRATURA COM SF 0,9% + CURETAGEM E DESBRIDAMENTO TECIDOS DESVITALIZADOS
5. REDUÇÃO CRUENTA DO 5º MTD
6. FIXAÇÃO COM FIO DE KIRSCHNER 2MM INTRAMEDULAR
7. APROXIMAÇÃO DE BORDOS DE FERIDA COM NYLON 2.0 E 3.0
8. CURATIVO COMPRESSIVO

hados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Edgley Maciel Lacerda Jr
Traumato - Ortopedi
CRM 14.583

DR(A) : EDGLEY MACIEL LACERDA JUNIOR
CRM : 14583



21.04.18

Paciente **JOSE ERIFANIO ALIVEIS**

Sexo **M**

Cor **Pd**

Idade **59**

Risco **I**

CRM **5083** Nome do Anestesista **GRACA CONTIN**

Nome do Cirurgião

EDGLEY

Medicação Pré-anestésica

Urgência

☐ NÃO

☐ SIM

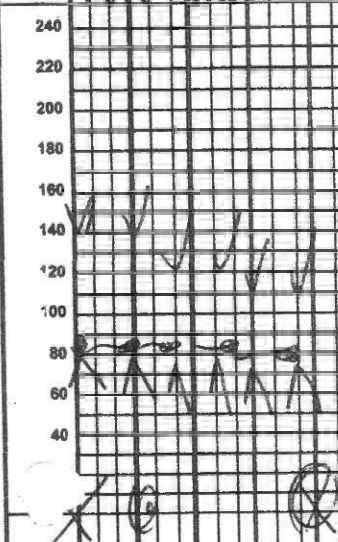
Cirurgia **trat. cirurgico de fratura do metatarso pé D**

Horário **15:20** **16:20**

O₂
N₂O

Líquidos
300ml 300ml

ETCO₂
ECG **OK OK**



Anotações

Drogas Usadas

Quantidade

bupi 0,5 pesada 15mg
diurona 80mg
cefazolima 2g
antidopamina 8mg
pentamul 50mg
midazolam 4mg
clonidina 2mg
etopropileno 100mg

Técnica Anestésica

Raquel anestesia
Punção mediana
úrica em 634
clon 25. LCR clon
Sedação

Monitorização

☐ BIS

☒ Cardioscópio

☐ Temperatura

☒ Oxímetro

☐ Swan-Ganz

☒ PNI

☐ Analisador Gases

☐ Sonda Vesical

☐ PVC

☐ Capnógrafo

☐ Estimulador de Nervo

☐ Estet. Pré-Cordial

☐ Linha Arterial

☐ Outros

☐ Volemia IBP Plus

Encaminhado

☒ Acordado

☐ Sonolento

☐ Intubado

Destino

☒ SRPA

☐ Apart/Enf.

☐ UTI

☐ Externo

Intercorrência:

☒ NÃO

☐ SIM

Descrever:

Observações:

ARUANA SEGUROS

2-8-AGO-2018

Assinatura do Anestesista

Dra Graca Couto
Anestesiologista

Nome: <u>José Epifanio Alves</u>		Registro: <u>304558</u>	Leito: <u>52</u>
Procedimento Cirúrgico: <u>3º DPO Trat. cir. Prot. 5º MTTA</u>		Data: <u>22/04/18</u>	Hora: <u>08:00</u>
DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS	
1. Ansiedade	<input type="checkbox"/> Encorajar verbalização dos sentimentos e medos		
	<input type="checkbox"/> Proporcionar apoio emocional		
	<input 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 de ___/___ h		
	<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 eliminação por meios físicos (ligar torneira, compressas frias no abdômen).		
	<input type="checkbox"/> Colocar o paciente em posição de Fowler		
	<input type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hídrica		
	<input type="checkbox"/> Registrar-se: () Dor ao urinar () Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea		
	<input type="checkbox"/> Outros		
4. Dor () Local: _____ () Leve () Moderada () Severa	<input checked="" type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente no pós anestésico		
	<input checked="" type="checkbox"/> Avaliar a localização e a intensidade da dor		
	<input checked="" 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 intensidade da dor		
	<input type="checkbox"/> Outros		
5. Integridade tissular prejudicada (X)	<input checked="" type="checkbox"/> Descrever características da lesão	ARUANA SEGUROS 20 AGO 2018	
	<input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo de <u>24/24</u> h		
	<input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito de ___/___ h		
	<input type="checkbox"/> Medir decúbito de dreno de ___/___ h		
	<input type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por ___ h		
	<input type="checkbox"/> Outros		
6. Sangramento () Local: _____ () Leve () Moderado () Severo	<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de ___/___ h		
	<input type="checkbox"/> Manter decúbito: _____		
	<input type="checkbox"/> Realizar curativo compressivo		
	<input type="checkbox"/> Outros		
7. Imobilidade no leito prejudicada ()	<input type="checkbox"/> Pinçar dreno ao transportar paciente		
	<input type="checkbox"/> Avaliar mobilização do dreno (Tracionado)		
	<input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição:		
	<input type="checkbox"/> Outros		



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: 104558

Atendimento: 431334

Dt.Cad: 21/04/2018

Nome: JOSE EPIFANIO ALVES

Dt. Nasc: 05/03/1959

Mãe: ALAIDE FRANCISCA ALVES

Bairro: CENTRO

End.: RUA FRANCISCO ROSA DE ALMEIDA

Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES

Enferm.: LEITO 1

Leito: 634

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 *cefotaxime 2g*
- ☐ Não se aplica

- ☒ Antecipação de eventos críticos:
 - ☒ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? *NÃO*
 - Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? *NÃO, 1h*

Exames de imagem estão disponíveis?

- ☒ Sim *Px*
- ☐ Não se aplica

- ☒ Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente? *NÃO*
- ☒ 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 *Trot expost. de rutelato*
- ☒ 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

20 AGO 2018

Isabelle R. Barbosa
Enfermeira
COREN-PE 385.622

Nome: Rox Espiriano Alves

Registro: 104358

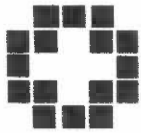
Leito:

Procedimento Cirúrgico: Exat. expost. osso do pé

Data: 21/04/18

Hora:

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
1. Ansiedade	<input checked="" type="checkbox"/> Encorajar verbalização dos sentimentos e medos <input checked="" 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 de ___/___h <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 eliminação por meios físicos (ligar torneira, compressas frias no abdômen). <input type="checkbox"/> Colocar o paciente em posição de Fowler <input type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hídrica <input type="checkbox"/> Registrar-se: () Dor ao urinar () Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea <input type="checkbox"/> Outros	
4. Dor () Local: _____ () Leve () Moderada () Severa	<input checked="" type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente no pós anestésico <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar a localização e a intensidade da dor <input checked="" type="checkbox"/> Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação <input type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da dor <input type="checkbox"/> Registrar características e intensidade da dor <input type="checkbox"/> Outros	
5. Integridade tissular prejudicada ()	<input checked="" type="checkbox"/> Descrever características da lesão <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo de ___/___h <input checked="" type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito de ___/___h <input type="checkbox"/> Medir decúbito de dreno de ___/___h <input type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por ___h <input type="checkbox"/> Outros	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> ARUANA SEGUROS 20 AGO 2018 </div>
6. Sangramento () Local: _____ () Leve () Moderado () Severo	<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de ___/___h <input type="checkbox"/> Manter decúbito: _____ <input type="checkbox"/> Realizar curativo compressivo <input type="checkbox"/> Outros	
7. Imobilidade no leito prejudicada ()	<input type="checkbox"/> Pinçar dreno ao transportar paciente <input type="checkbox"/> Avaliar mobilização do dreno (Tracionado) <input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição: <input type="checkbox"/> Outros	



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: 5

Nome: Jose Epitacio Alves data: 21/04/18 Hora: 16:20 Registro: 104558
Leito de origem: 6010-03

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Amigdalectomia Exposta de Motteno D
Tipo de anestesia: Raqui
Equipe: M^o Edgley Anestesista: M^o Gueiro

3. Admissão

Estado geral: () Bom (☒) Regular () Torporoso () Grave^o
Respiração: (☒) Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () SVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não (☒) Sim Onde: MSD
Acesso Venoso Central: (☒) Não () Sim Onde: —
Drenos: (☒) não () sim Onde: —
Sinais vitais: PA: 115 x 83 mmHg FR: — p/min FC: 53 p/min SaPO2: 99%
Glasgow: —

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	<u>107 x 70</u>	<u>102 x 68</u>	<u>109 x 69</u>	<u>113 x 76</u>	<u>125 x 81</u>	
FR	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	
FC	<u>54</u>	<u>54</u>	<u>51</u>	<u>50</u>	<u>54</u>	
SaPO2	<u>99%</u>	<u>97%</u>	<u>99%</u>	<u>98%</u>	<u>98%</u>	
Glasgow	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	

5. Intercorrências/observações:

ARUANA SEGUROS

20 AGO 2018

6. Alta da SRPA

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

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

Data: — Horário: — Avaliado pelo encaminhamento: —

Alta da SRPA pelo médico: Dra. Maria Conceição

Anestesiologista
CRM-PE: 21920

PACIENTE: <u>Jose Edsonio Alves</u>		DATA: <u>22.04.18</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Márcio</u>		RG: <u>104568</u>
ANESTESISTA: <u>Dr. G. G. G.</u>		AUXILIAR: <u>Prague</u>
CIRURGIA: <u>Exst. Endo. de MNT</u>		ANESTESIA: <u>Prague</u>
ESTRUMENTADOR: <u>Indiferente</u>		COORDENAÇÃO DO BLOCO: <u>Bruna</u>
CIRCULANTE: <u>G. G. G.</u>		COREN: <u>16:10</u>
ENFERMEIRA: <u>Silvia</u>		HORÁRIO INICIAL: <u>16:00</u> HORÁRIO FINAL: <u>16:10</u>

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

AGULHAS			
13X4,5	25X7	25X8	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	P/SANGUE	P/SORO MACRO
EXTENSORES			
20CM	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 CIRURGICO	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 CARDÍACA
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/OSSE	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	AÇO 1	AÇO 4	AÇO 6

Gisele Albuquerque
COORDENADORA
E: 86771.7.E.

ARUANA SEGUROS

20 AGO 2018

CÓD. 38407

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: João Cipriano Alves Data: 21.04.18 Hora: 15:10 Registro: 104558
Convênio: 303 Leito: Paciente: Altura:

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Edgley Anestesista: Dr. Graça
Auxiliar: 2º Auxiliar: Instrumentador: Isabelly

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Exst. Org. de Metatarso Lin. Início: 15:50 Término: 16:10
Anestesia: Rapida Início: 16:30 Término: 16:10

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

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

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

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

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso (X) Monitor Cardíaco (X) PNI (X) Bomba CEC () Aspirador ()
Colchão Térmico () Bisturi Ultrasônico (X) Artroscópio () Microscópio () Capnógrafo ()
Bisturi Elétrico (X) Local da Placa TORC
Carro de Anestesia () Difusor () Intensificador ()
Ap. Vídeo () Bomba de Infusão () Nº ()
Oxigênio (X) Início 15:20 Término
Protóxido () Início Término
Gás Carbônico () Início Término
Outros:

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Cânula Orotraqueal: Sim () Não ()
Sonda Vesical de Demora: Sim () Não ()
Drenagem (Tipo e Local): Sim () Não ()
Curativo (Tipo e Local): Sim (X) Não () fechado
Punção Venosa: Sim () Não ()
Sonda Gástrica: Sim () Não ()

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: Com Anestesiologista CIRURGIA: Anest. ao Pontuário

6 - OBSERVAÇÕES:

Pete o/ci Entubado com OC e/ Int. Org. de Metatarso Lin. a mesma realizada. Pete Nada Anestesia. Mas, DM, bem queixas de entorpecimento por efeitos dos anestésicos por operatório da enfermagem.

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: Acordado () Narcose () Entubado () Traqueostomizado ()
Encaminhado para: SRPA (X) S. Intensiva () LICOR () UTI () Apº () Residência ()

Data: 21.04.18 Hora: 16:20 Enfermeira: Isabelly Circulante:

ARUANA SEGUROS
20 AGO 2018

IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: Felipe Epifanio Alves Data: 22/04/18 Registro: 104557
Convênio: SUS Leito: _____ Hora: 1500

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. Edgley 1º auxiliar: _____
Anestesista: Dr. Cláudio Instrumentador: Adifame
Circulante: Greilda Albuquerque Sala 03

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
- Cap - Capote - Bsc menor Oret. - Bsc Pe - P. foco - Laneta Bisture - Relacdi nro - fio K. 1.5 - fio K. 2.0 - Motor Broca - Motor Bateria	HDH blue → black CAM LLN 20.04.18 0219.04.18 02 STEAM 27.04.18218; 26.04.18 HDH blue → black LLN HDH blue → black CAM 19.04.18 02 20.04.18 01 STEAM 26.04.182176 27.04.181902 HDH blue → black PLO HDH blue → black CLF 17.04.18. 01 20.04.18 01 STEAM 24.04.181885 20.07.181895 HDH blue → black IFG HDH blue → black RF 15.04.18 01 15.04.18 01 STEAM 15.07.181868 10.07.181862 HDH blue → black RF HDH blue → black RF 10.04.18 01 10.04.18 01 STEAM 10.07.181862 10.07.181862	MOTOR BROCA SN FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO FERNA CME LOTE: 237751 PLASMA EST: 19/04/2018 VAL: 19/04/2019 003255908 CAMILA FIGUEIRÊDO COREN/PE 148616 WWW.EMBRAESTER.COM.BR HDH blue → black CLF 19.04.18 01 STEAM 19.07.181807 HDH blue → black CAM 20.04.18 02 STEAM 20.07.182184 HDH blue → black CAM 20.04.18 02 STEAM 20.07.182183
	FUNDACAO PROFESSOR MARTINIANO FERNA CME MOTOR BATERIA 14755 WWW.EMBRAESTER.COM.BR 003262950 LOTE: 238218 PLASMA EST: 20/04/2018 VAL: 20/04/2019 CAMILA FIGUEIRÊDO COREN/PE 148616	MOTOR BROCA S/N FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO FERNA CME LOTE: 236731 PLASMA EST: 15/04/2018 VAL: 15/04/2019 CAMILA FIGUEIRÊDO COREN/PE 148616 WWW.EMBRAESTER.COM.BR
		ARUANA SEGUROS 20 AGO 2018

Albuquerque, N.M. 86171 T.E.

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Jose Epifanio Reyes

Registro: 104558

Clínica: TDO

Enfermaria: 3

Leito:

[illegible]

ARUANA SEGUROS

20 AGO 2018

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

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1219478289

NOME
RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5953333 SDS PE

CPF
035.382.254-37

DATA NASCIMENTO
08/02/1983

FUNÇÃO
CLAUDIO ROBERTO DOS
SANTOS
TANIA LUCIA
MANGABEIRA DOS SANTOS

PERMISSO
ACD CAT. HMB
AS

Nº REGISTRO
93765820380

VALIDADE
17/12/2033

1ª HABILITAÇÃO
11/01/2006

OBSERVAÇÕES
A

ASSINATURA DO DETENTOR

LOCAL
VITORIA DE SANTO ANTAO - PE

DATA EMISSÃO
18/12/2015

ASSINATURA DO EMISSOR

08650180930
PE069579318

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

PROIBIDA PLASTIFICAR
1219478289

ARUANA SEGUROS

20 AGO 2018

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Jose Epifanio Abel
 DATA DO ACIDENTE 20.04.18 CPF DA VÍTIMA 196.538.754-34
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Renato Mangabeira dos Santos
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR R. Fernandes Vieira
 Nº 21 COMPLEMENTO C5-B BAIRRO Ed. atlântico
 CIDADE Olinda UF PE CEP 53140-300
 E-MAIL _____ TELEFONE (81) 3011 3224

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

IDENTIDADE

E NOME

5953233
Renato Mangabeira dos Santos

ARUANA SEGUROS

11/05/2018
Renato Mangabeira dos Santos