

# 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: 00000037363-3

---

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
		<b>Total</b>	<b>5 %</b>	<b>R\$ 675,00</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

**CRM:** 5255920-8

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

A handwritten signature in blue ink that reads "Marcelo Fernandes Terrigno".

# 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
<b>Total</b>			<b>5 %</b>	<b>R\$ 675,00</b>

---

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**



**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

CPF da Vítima

**196.538.754-34**

Nome completo da vítima

**jose Epifanio Alves**

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

Nome completo

**jose Epifanio Alves**

CPF titular da conta

**196.538.754-34**

Profissão

**AUTONOMO**

Endereço

**R. Francisco Rosa de Almeida**

Número

**225**

Complemento

**casa**

Bairro

**alto da Nauão**

Cidade

**olinda**

Estado

**PE**

CEP

**53320-450**

Email

Telefone (DDI)

**(81) 3011 3224**

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATE 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

**3122**

D/V

CONTA

**37363**

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

I

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

(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 Lider 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

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 - Culposo (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**

**ARUANA SEGUROS**  
20 AGO 2018

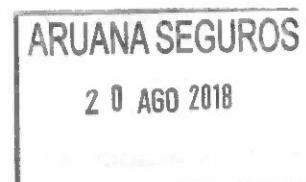
## Complemento / Observação

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  
(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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 Nancabeira dos Santos, 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

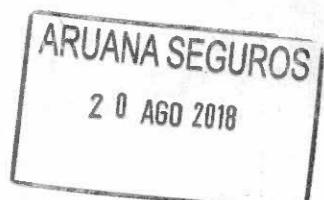
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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>
Email				Telefone comercial(DDD)	<u>(81) 3011 3224</u>		
				Telefone celular (DDD)			

Olinda 23 de julho de 2018  
Local e Data

Assinatura do Declarante





**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 :

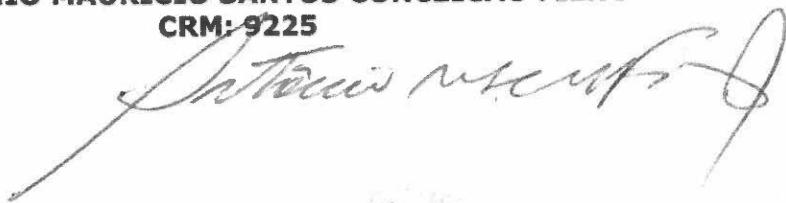
#### Evolução do paciente:

TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL D. HELDER

#### Resultados de Exames:

RX EVIDENCIA FRTURA DO 5º METATARSEANO DIREITO

**Dr. ANTONIO MAURICIO SANTOS CONCEICAO FILHO**  
**CRM: 9225**



ARUANA SEGUROS

20 AGO 2018

**Esta conta deve ser paga com recursos públicos.**



ARUANA SEGUROS

20 AGO 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 AI -- BULTRINS

225

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: JABOATAO 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:



23 APR 2018

### RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

#### Queixa Principal

paciente sente dor aguda em  
braço esquerdo que se intensificou  
d. 12 horas

#### Exame Físico

limpo, sem lesões.  
ECG (S) ST Sobre. Tc

#### Hipótese Diagnóstica

dolor muscular d. s. mvt ( )  
composto

#### Conduta Terapêutica

testamento ext. SAT.

#### Prescrição Médica

ATENDIDO cefalotin 2g + DDF 02:50 para  
ATENDIDO cefoperazol 100 + 100ml S. S. \$ 15:00  
Dr. Mauricio Mendes de Oliveira  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 18540  
2 g di simporte + agua diluida  
EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR  
Transtal de 500 + 100ml S. F. 09 B/ 13:00  
CIDADES: LEITO DO PACIENTE:

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**

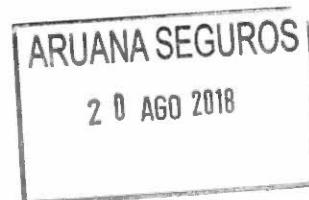
Queixa Principal: PACIENTE REFERE DOR INTENSA MID, LESÃO DEVIDO ACIDENTE DE MOTO FRATURA EXPOSTA EM PÉ DIREITO. NEGA EMESE, NEGA HIPERTERMIA.  
HAS - DM - NEGA ALERGIA  
FC 67 BPM  
SPO2 96%  
PA 140X80

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



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 - EGRESO



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:

HDA - HISTORICO DA DOENÇA ATUAL

*Família 5-111  
Maior de 60*

EXAME FISICO

Temperatura: ( )

Pressão Arterial: ( )

Peso: ( )

Altura: ( )

Outros: \_\_\_\_\_

SOLICITAÇÃO PARA CONSULTA DE RETORNO

Data do Retorno: \_\_\_\_\_ Hora do Retorno: \_\_\_\_\_

Médico do Retorno: \_\_\_\_\_

Anotações: \_\_\_\_\_

ARUANA SEGUROS

20 AGO 2018

Carimbo/Médico

*Dr. Homero Rodrigues  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 13526*

OBS: Ao final da consulta encaminhar essa ficha para o atendimento (recepção). Caso a solicitação de retorno seja preenchida o setor (ambulatório 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

Médico: UPA TORROES

CRM: 17726

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Leito: LEITO 13-E

Acomodação: SALA VERMELHA

(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, 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, 21/04/2018

Assinatura e R.G. do Responsável:

## SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta:

Motivado

Dr. Aureliano Amorim Carvalho  
Ortopedia / Traumatologia  
Ortopedia Integral  
CRM-PE: 16363

Diagnóstico:

TBO + GAB 1/2 A 2/2 T 1/2 T 0

Procedimento:

TBO + GAB 1/2 A 2/2 T 1/2 T 0

Hora:

Alta em:

21/04/2018

Médico e C.R.M:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G:

ARUANA SEGUROS  
20 AGO 2018HMH - Hospital Dom Helder Camara  
Médico: Jefferson Melo  
Análise: Faturamento  
SAMU: FaturamentoHMH - Hospital Dom Helder Camara  
Jefferson Melo  
Faturamento/SAME  
Data: 25 ABR. 2018

08.05.18

## HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: José Francisco das Registro: \_\_\_\_\_ Nº Atendimento: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Acompanhante: ( ) Sim - ( ) Não

Clínica: Centro Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Queixa Principal e Duração: "Pecado de fogo"

História da Doença Atual: Após surto de fermeira

em torno de 12 horas

após o surto tive cintura loco

Interrogatório Sintomatológico: Surto loco

ARUANA SEGUROS  
20 AGO 2018

Exame Físico:

União Loco

Antecedentes Pessoais:

Medicações em Uso

Antecedentes Familiares:

Hipótese Diagnóstica Principal:

Hipóteses Diagnósticas Secundárias:

Plano Terapêutico:

Cabo de Santo Agostinho,

~~Dr. Mavíni Mendes da Oliveira  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 1900~~

~~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  
Paciente : 104558  
Convênio Atend. : 1  
Leito : 634  
Dt. Início : 21/04/2018 14:42  
Cid Pré-Operatório : S925  
Cid Pós-Operatório :

Sala : 0003 SALA 03

JOSE EPIFANIO ALVES

SUS - INTERNACAO

LEITO 1

Dt. Fim : 21/04/2018 15:42

FRATURA DE OUTRO ARTELHO

Atendimento : 431334

Carteira :

Idade : 59 Anos

### 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 :

DESCRICAO CIRURGICA

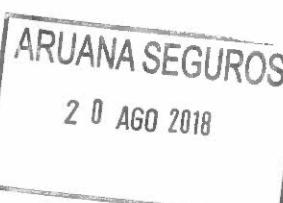
1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM MESA CIRÚRGICA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
4. LIMPEZA EXAUVESTIVA DE FOCO DE FRATURA COM SF 0,9% + CURETAGEM E DESBRIDAMENTO TECIDOS DESVITALIZADOS
5. REDUÇÃO CRUENTA DO 5º MTD
6. FIXAÇÃO COM FIO DE KIRSCHNER 2MM INTRAMEDULAR
7.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

#### hados Cirúrgicos:

#### Descrição Complementar

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

Eddley Maciel Lacerda Jr.  
Traumato - Ortopedi:  
CRM 14.583



# FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

21.04.18

Paciente

JOSÉ GERALDO ALVES

Sexo

M

Cor

Td

Idade

59

Risco

I

CRM

Nome do Anestesista

3083 RICARDO COUTINHO

Nome do Cirurgião

EDILEY

Medicação Pré-anestésica

Urgência

NÃO

SIM

Cirurgia

Trat. cirúrgico de fratura do metatarso pé D

Horário

1520

1620

N<sub>2</sub>O

Líquidos

ETCO<sub>2</sub>

ECG

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

Anotações

Drogas Usadas

Quantidade

bupi 0,5 pesada 15mg  
diazep 80ug  
cefazolina 2gr  
cetolanepetona 8ug  
fentanil 50ug  
midazolam 4mg  
dipirona 2gs  
cetobisfeno 100ug

Técnica Anestésica

Raios X anestesa  
Pernas mediana  
única em L3/4  
clav 25. ICR clav  
Sedalas

Monitorização

- BIS
- Cardioscópio
- Oxímetro
- PNI
- Sonda Vesical
- Capnógrafo
- Estet. Pré-Cordial
- Outros
- Temperatura
- Swan-Ganz
- Analisador Gases
- PVC
- Estimulador de Nervo
- Linha Arterial
- Volemia IBP Plus

Encaminhado

- Acordado
- Sonolento
- Intubado
- SRPA
- Apar/Enf.
- UTI
- Externo

Intercorrência:

NÃO  SIM

Descrever:

Observações:

ARUANA SEGUROS

20 AGO 2018

Assinatura do Anestesista

Dra Graciele Gontijo  
Anestesiologista  
CRM 3083

HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE**  
**BLOCO CIRÚRGICO**



Nome: Jex Epifanio Alves	Registro: 304558	Leito: 5h
Procedimento Cirúrgico: 3º DPO Trat. cir. Frot. 5º MTTA	Data: 22/04/18	Hora: 08:00
DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
1. Ansiedade	( ) Encorajar verbalização dos sentimentos e medos	
	( ) Proporcionar apoio emocional	
	( ) Dar informação ao paciente e familiares	
	( ) Outros	
2. Ventilação prejudicada ( )	( ) 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	
3. Padrão de eliminação urinária ( ) Diminuído ( ) Aumentado	( ) 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 região suprapúbica ( ) Ausência de diurese espontânea	
4. Dor ( ) Local: _____	( ) 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	
5. Integridade tissular prejudicada ( )	( ) Outros	
	( ) Descrever características da lesão	ARUANA SEGUROS
	( ) Realizar curativo de 24/24 h	20 AGO 2018
	( ) Realizar mudança de decúbito de ___ / ___ h	
	( ) Medir decúbito de dreno de ___ / ___ h	
	( ) Manter curativo oclusivo por ___ h	
6. Sangramento ( ) Local: _____	( ) Outros	
	( ) Aferir pressão arterial de ___ / ___ h	
	( ) Manter decúbito: _____	
	( ) Realizar curativo compressivo	
	( ) Outros	
	( ) Pinçar dreno ao transportar paciente	
7. Imobilidade no leito prejudicada ( )	( ) Avaliar mobilização do dreno (Tracionado)	
	( ) Manter repouso no leito em posição:	
	( ) 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 *explicanc 2g*  
 Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

- Sim *RX*  
 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*
- 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 *Fract expost. de metatarso*
- 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

Izabelle R. Barbosa  
Enfermeira  
COREN - PE 385.622

HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE**  
**BLOCO CIRÚRGICO**



Nome: José Esperanho Alves		Registro: 104558	Leito:
Procedimento Cirúrgico: Fístula exposta - ossos 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		
	<input checked="" type="checkbox"/> Dor ( )	<input checked="" type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente no pós anestésico	
Local: _____ ( ) Leve ( ) Moderada ( ) Severa	<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 type="checkbox"/> Registrar características e intensidade da dor <input type="checkbox"/> Outros		
5. Integridade tissular prejudicada ( )	<input checked="" type="checkbox"/> Descrever características da lesão	ARUANA SEGUROS	
	<input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo de ____ / ____ h	20 AGO 2018	
	<input checked="" type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito de ____ / ____ h		
	<input checked="" type="checkbox"/> Medir decúbito de dreno de ____ / ____ h		
	<input checked="" type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por ____ h		
	<input type="checkbox"/> Outros		
	<input type="checkbox"/> Sangramento ( )	<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de ____ / ____ h <input type="checkbox"/> Manter decúbito: _____	
Local: _____ ( ) Leve ( ) Moderado ( ) Severo	<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		

1. Identificação

*José Epitônio Alves*

Leito da SRPA:

*5*

Nome: \_\_\_\_\_ data: 21/04/18 Hora: 16:20 Registro: 104558.  
Leito de origem: *660 do 600*

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: *Trempe - Engt. Exposta de mitâncio D*

Tipo de anestesia: *Racini*

Equipe: *M² Edgley*

Anestesista: *M² Queiroz*

3. Admissão

Estado geral: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Torporoso ( ) Grave<sup>o</sup>

Respiração: ( ) Espontânea ( ) Assistida não invasiva ( ) Entubado ( ) Traqueostomizado

Sonda: ( ) SVD ( ) SNG ( ) SNE

Acesso Venoso Periférico: ( ) Não ( ) Sim Onde: *M.S.D.*

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

SSV/	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
Horário	<i>16:35</i>	<i>16:50</i>	<i>17:20</i>	<i>17:50</i>	<i>18:20</i>	
PA	<i>107x70</i>	<i>12x68</i>	<i>109x69</i>	<i>132x76</i>	<i>125x61</i>	
FR	_____	_____	_____	_____	_____	
FC	<i>54</i>	<i>54</i>	<i>51</i>	<i>50</i>	<i>54</i>	
SaPO2	<i>99%</i>	<i>97%</i>	<i>99%</i>	<i>98%</i>	<i>98%</i>	
Glasgow	_____	_____	_____	—	—	

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: \_\_\_\_\_ Prazo para o paciente ser devolvido pelo encaminhamento: \_\_\_\_\_

*Dra. Maria Bonelli*  
Anestesiologista  
CRM - PE: 21920

PACIENTE:	<i>Hose Edimico Alves</i>			DATA:	22.06.18	
CIRURGIÃO:	<i>Dra. Cláudia</i>			RG:	101558	
ANESTESISTA:	<i>Dra. Graciele</i>			AUXILIAR:	<i>Priscila</i>	
CIRURGIA:	<i>Ext. FCO de MTR</i>			ANESTESIA:	<i>Bruna</i>	
ESTRUMENTADOR:	<i>Andrade</i>			COORDENAÇÃO DO BLOCO:	<i>Bruna</i>	
CIRCULANTE:	<i>G. Vitor</i>			HORARIO INICIAL:	16:00	COREN:
ENFERMEIRA:	<i>Isabely</i>			HORARIO FINAL:	16:10	
Descrição Material Usado em Sala				Descrição Material Usado em Sala		
AGULHAS						
13X4,5	25X7	25X8	40X12	KHER 8	KHER 10	KHER 12
CARDIOPLEGICA	STIMPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27	KHER 18	SUCCAO 3,2	SUCCAO 4,8
ATADURAS						
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM	BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM		TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32
CANULAS						
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5			
TRAQUEOST 9,0						
CATETER						
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16	ENTERAL 10	ENTERAL 12	
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18	ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ. 2,0	ENDOTRAQ. 2,5
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24		ENDOTRAQ. 3,5	ENDOTRAQ. 4,0	ENDOTRAQ. 4,5
LIMPADORES						
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400	ENDOTRAQ. 5,5	ENDOTRAQ. 6,0	ENDOTRAQ. 6,5
CURATIVOS						
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX	ENDOTRAQ. 7,5	ENDOTRAQ. 8,0	ENDOTRAQ. 8,5
EQUIPOS						
BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SORO MACRO	FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18
EXTENSORES						
20CM	40CM	60CM	120CM	FOLEY 2VIAS 06	FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 10
LAMINAS						
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20	FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6				
LUVAS						
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5	NASO 10	NASO 12	NASO 14
SERINGAS						
1ML	3ML	5ML	10ML	NASO 18	NASO 20	NASO 22
20ML	60ML	60ML CATETER		URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10
AVENTAL CIRUR.						
B5. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/ VIDEO		URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXAO 2VIAS	CONEXAO 4VIAS			
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GAZES	GELFOAN			
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA			
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO			

DRENOS			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	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		
ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ. 2,0	ENDOTRAQ. 2,5	ENDOTRAQ. 3,0
ENDOTRAQ. 3,5	ENDOTRAQ. 4,0	ENDOTRAQ. 4,5	ENDOTRAQ. 5,0
ENDOTRAQ. 5,5	ENDOTRAQ. 6,0	ENDOTRAQ. 6,5	ENDOTRAQ. 7,0
ENDOTRAQ. 7,5	ENDOTRAQ. 8,0	ENDOTRAQ. 8,5	ENDOTRAQ. 9,0
FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
FOLEY 2VIAS 06	FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12
FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20
NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 16
NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4
URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20
FIOS CIRÚRGICOS			
ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDIACA
CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 2
PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	CERA P/ OSSO	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	AÇO 1	AÇO 4	AÇO 6

ARUANA SEGUROS

CÓD. 38407

20 AGO 2018

Gicelde Albuquerque  
CORE/CEP: 661771-1 E.

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM  
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Yose Cláudino Alves Data: 21.04.18 Hora: 16:10 Registro: 104568  
Corvêncio: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dra Edgley Anestesista: Dra Graça  
Auxiliar:  2º Auxiliar:  Instrumentador: Ladislane

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Resc. Cap. de Metatomo Ldn. Início: 15:50 Término: 16:10  
Anestesia: Narco Início: 15:20 Término: 16:10

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

Estado Geral:	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Grave
Nível de Consciência:	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Sonolento
Respiração:	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> Entubado	<input type="checkbox"/> Traqueostomizado
Tricotomia:	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	

Chegou no CC em uso de:

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

Posição: Fowler ( )	Lateral ( )	Dorsal <input checked="" type="checkbox"/>	Ventral ( )	Ginecológica ( )
Banco de Sangue ( )		Laboratório ( )	Radiologia ( )	Peça 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 ( )
Coilhão Térmico	<input type="checkbox"/>	Bisturi Ultrassônico	<input checked="" type="checkbox"/>	Artroscópio	<input type="checkbox"/>	Microscópio	Capnógrafo ( )
Bisturi Elétrico	<input checked="" type="checkbox"/>	Local da Placa	<u>Tutor</u>				
Carro de Anestesia	<input type="checkbox"/>	Diprofusor	<input type="checkbox"/>	Intensificador	<input type="checkbox"/>		
Ap. Video	<input type="checkbox"/>	Bomba de Infusão	<input type="checkbox"/>				
Oxigênio		Início <u>15:20</u>	Término _____				
Protóxido	<input type="checkbox"/>	Início _____	Término _____				
Gás Carbônico	<input type="checkbox"/>	Início _____	Término _____				
Outros:							

Nº ( )  
**ARUANA SEGUROS**  
20 AGO 2018

5.1 - PROCEDIMENTOS:

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

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA:	<u>Dra Anestesista</u>	CIRURGIA:	<u>Anexo ao Frontário</u>
------------	------------------------	-----------	---------------------------

6 - OBSERVAÇÕES: Pele oleira extrada sem BC e el. frot. gsp  
de int. Direito na mesma reidratação. Pele negra. Vagica  
ras. pm hem quentes se entorpecentes pelo seco  
com urinários pos operatório da enfermagem

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

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

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

*Isabelli*  
BLOCO DA ATENÇÃO FERMEIRA  
DIRETÓRIO DE ENFERMAGEM  
DIRETOR DE ENFERMAGEM



## HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA



## **IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL**

## 1. Identificação

Nome: Yuri Epifanio Alves Data: 22/04/18 Registro: 104.558  
Convenio: SUS Leito: \_\_\_\_\_ Hora: 15:00

## 2. Equipe médica:

Cirurgião: Drº Edel Rei 1º auxiliar: \_\_\_\_\_  
Anestesista: Drº Stacca Instrumentador: Radifone  
Circulante: Giovana Albuquerque Sola 03

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
- cap - capote - Bsc menor Ort. - Bsc Pe - P. foco - Esmeralda pisturi - Ricardinho - Fio K. 1.5 - Fio K. 2.0 - Motor Broca - Motor Bateria	<p>HDH blue black CAM HDH blue black LLN 20.04.18 02 19.04.18 02 STEAM STEAM</p> <p>HDH blue black LLN HDH blue black CAM 27.04.18 26.04.18 02 STEAM STEAM</p> <p>HDH blue black LLN HDH blue black CAM 19.04.18 02 20.04.18 01 STEAM STEAM</p> <p>HDH blue black CLF 26.04.18 27.04.18 02 19.04.18 01 STEAM STEAM</p> <p>HDH blue black CLF HDH blue black PL0 19.04.18 01 20.04.18 01 HDH blue black CAM STEAM STEAM</p> <p>HDH blue black IFG DE blue black RF 24.04.18 1885 20.07.181895 20.04.18 02 STEAM STEAM</p> <p>HDH blue black RF HDH blue black RF 15.07.181668 10.07.181662 20.07.182183 STEAM STEAM</p> <p>15.04.18 01 16.04.18 01 STEAM STEAM</p> <p>16.07.1819212 02 18.07.182183</p>	<p>MOTOR BROCA SN FUNDACAO PROFESSOR MARTINIANO FERNA CME</p> <p>LOTE:237751 PLASMA EST:19/04/2018 VAL:19/04/2019</p> <p>CAMILA FIGUEIREDO COREN/PE 148616 WWW.EMBRAESTER.COM.BR</p> <p>003255908</p>
		<p>ARUANA SEGUROS</p> <p>20 AGO 2018</p>
	<p>UNIDACAO PROFESSOR MARTINIANO FERNA CME</p> <p>003241958</p> <p>CAMILA FIGUEIREDO COREN/PE 148616 WWW.EMBRAESTER.COM.BR</p> <p>MOTOR BATERIA 14755 FUNDACAO PROFESSOR MARTINIANO FERNA CME</p> <p>LOTE:236731 PLASMA EST:15/04/2018 VAL:15/04/2018</p> <p>002626950</p> <p>CAMILA FIGUEIREDO COREN/PE 148616 WWW.EMBRAESTER.COM.BR</p>	<p>MOTOR BROCA S/N FUNDACAO PROFESSOR MARTINIANO FERNA CME</p> <p>LOTE:238281 PLASMA EST:20/04/2018 VAL:20/04/2018</p>

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Name: José Epifânio Alves

Registro: 504-558

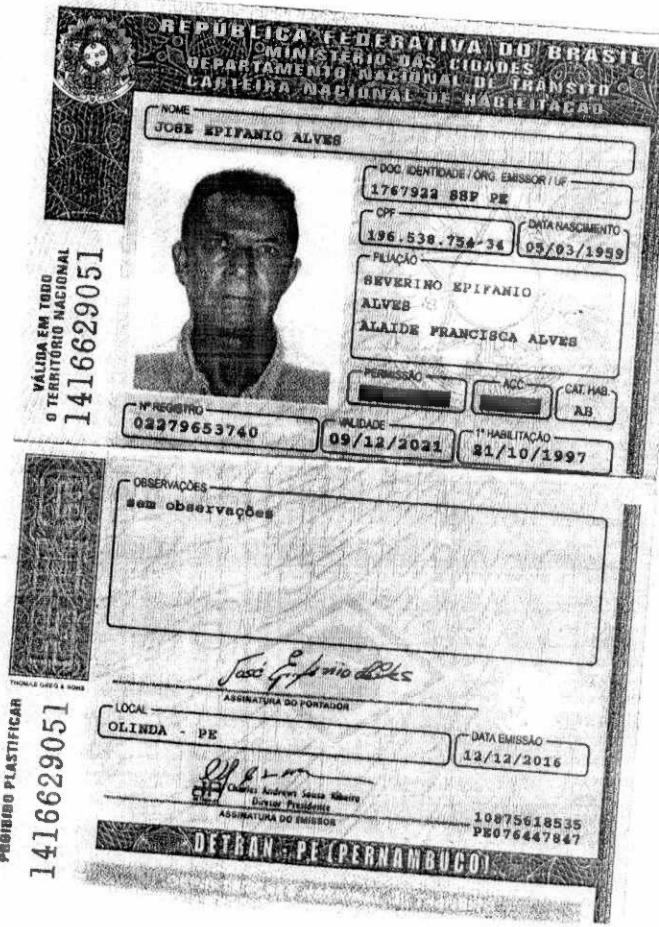
Clinica: TBO

**Enfermaria:**

Leito:

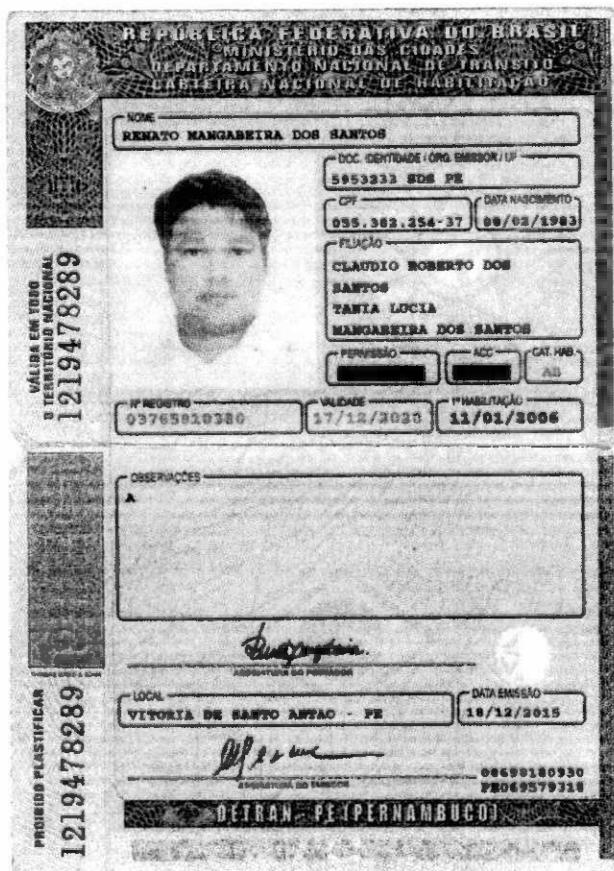
**ARUANA SEGUROS**

20 AGO 2018



ARUANA SEGUROS

20 AGO 2018



ARUANA SEGUROS  
20 AGO 2018

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Jose Enipanio Alves  
 DATA DO ACIDENTE 20.04.18 CPF DA VÍTIMA 196.538.754-34  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Renato Manoel Beira dos Santos  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANESCO COM  
 A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO DO PORTADOR R. Fernandes Vieira  
 N° 21 COMPLEMENTO C5 - B BAIRRO fd. atlântico  
 CIDADE Olinda UF PE CEP 53190-300  
 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 ALUSÃO 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, TAISS 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, TAISS 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 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• MORTE = R\$ 13.500,00</li> <li>• 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.</li> <li>• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.</li> </ul> |
|------------------------|--|

- 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 FORMULARIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

5953233

RESPONSÁVEL PELO PROCEDIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ARUANA SEGUROSValéria Faggo 2018