

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	5.769.823	DATA DE EXPEDIÇÃO	28/11/2018
NOME << WILLIAM MARINHO BEZERRA >>			
FILIAÇÃO << SEBASTIÃO BEZERRA DA SILVA >> << MARIA DE FATIMA SOARES MARINHO >>			
NATURALIDADE	RECIFE - PE	DATA DE NASCIMENTO	24/08/1982
DOC. ORIGEM	<< CN.60296 L.52A F.42 CART. CASA AMARELA RECIFE PE-01.09.1982 >>		
CPF	050.488.964-83	<i>Paulo A. Tenório de Carvalho</i> PAULO A. TENÓRIO DE CARVALHO DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL ASSINATURADO EM NOME DO IITB	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EC-

ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

 POLÍCARPO DIREITO	
<i>William Marinho Bezerra</i> ASSINATURA DO TITULAR	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima:	Wileian Daviana Bezerra		
Data do Acidente:	30/06/19	CPF da vítima:	050.588.964-83
Portador da documentação:			
Qualificação do Portador:	☐ Vítima ☐ Representante legal cujo parentesco com a vítima é:		
Endereço do portador:			
Número:	Complemento:	Bairro:	
Cidade:	UF:	CEP:	Telefone: ()
E-mail:			

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples 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 simples e legível)
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

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)
- obs: Representante legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pais ou tutor)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data:	11/11/19
Identidade:	
Assinatura:	Silviano Bezerra da Silva

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- ☒ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples 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)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

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)
- obs: Representante legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pai ou tutor)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÕES: Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00

Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

- 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 ao lado, nesse formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data:	11/11/19
Nome:	Silviano S.
Assinatura:	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190631398 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILLIAM MARINHO BEZERRA **Data do acidente:** 30/06/2019 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE TIBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. (P1 P8 P9 P12 P22 P23)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTO DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: **VÍTIMA INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR (3150348906) OCORRIDO EM 21/02/2015 PARA 50% DE MEMBRO INFERIOR DIREITO (FRATURA PROXIMAL DE FÊMUR).

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190631398 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILLIAM MARINHO BEZERRA **Data do acidente:** 30/06/2019 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE TIBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. (P1 P8 P9 P12 P22 P23)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTO DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: **VÍTIMA INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR (3150348906) OCORRIDO EM 21/02/2015 PARA 50% DE MEMBRO INFERIOR DIREITO (FRATURA PROXIMAL DE FÊMUR).

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0394586/19

Vítima: WILLIAM MARINHO BEZERRA

CPF: 050.488.964-83

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 30/06/2019

Titular do CPF: WILLIAM MARINHO BEZERRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

WILLIAM MARINHO BEZERRA : 050.488.964-83

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/11/2019
Nome: WILLIAM MARINHO BEZERRA
CPF: 050.488.964-83

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/11/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

WILLIAM MARINHO BEZERRA

RAIANNE SILVA BARBOSA

Rio de Janeiro, 12 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190631398

Vítima: WILLIAM MARINHO BEZERRA

Data do Acidente: 30/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WILLIAM MARINHO BEZERRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190631398

Vítima: WILLIAM MARINHO BEZERRA

Data do Acidente: 30/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WILLIAM MARINHO BEZERRA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: WILLIAM MARINHO BEZERRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001580

Conta: 00000157266-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ **INVAL. PERMANENTE** ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 050.488.964-83 4 - Nome completo da vítima: William Marinho Bezerra

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

5 - Nome completo: William Marinho Bezerra 6 - CPF: 050.488.964-83
7 - Profissão: Piloto 8 - Endereço: Rua do Janga deino 9 - Número: 1255 10 - Complemento: Apt-201
11 - Bairro: Piedade 12 - Cidade: Jaboatão dos Guararapes 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55430-315
15 - E-mail: (81) 9.8144-7740 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: (81) 9.9638-9441
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ \$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1580 CONTA: 157 266 0

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife 11/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 022ª CIRCUNSCRIÇÃO - PIEDADE -
DP22ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0112002854**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 26/07/2019 às
11:09

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que
aconteceu no dia 30/6/2019 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA DA BATALHA 1 ATE 1001, 01** - Bairro:
PRAZERES - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL -
Ponto de Referência: **PROXIMO AO BATLHAO HENRIQUE DIAS**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
WILLIAM MARINHO BEZERRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

WILLIAM MARINHO BEZERRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DE FATIMA SOARES MARINHO Pat: SEBASTIAO BEZERRA DA SILVA Data de Nascimento: 24/8/1982 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: RUA DO JANGADEIRO, 522 - CEP: 55000-000 - Bairro: CANDEIAS - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL, ED IGUATEMI

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

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

VEICULO PLACA: PFK9653 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: **PFK9653 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

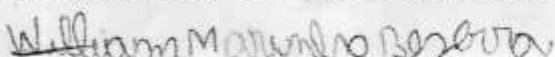
letim de Ocorrência

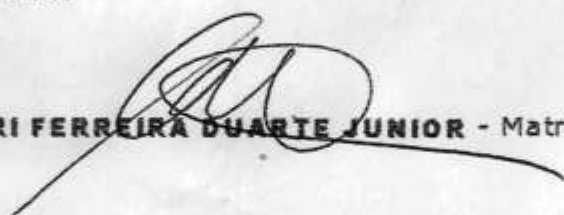
file:///C:/Users/SDS/.infopol/xml/BOEPreview.html

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA, QUE IRIA ATRAVESSAR A VIA ESTRADA DA BATALHA PARA IR ATE A UM BAR DE CONHECIDOS PELA QUARTA VEZ. QUE ENTAO TERIA SIDO ATROPELADO POR UM DESCONHECIDO NO VEICULO DE PLACA: PFK9653 QUE NAO TERIA PRESTADO SOCORRO. CONTA A VITIMA, QUE QUEM LHE SOCORREU TERIA SIDO O BOMBEIROS, SENDO LEVADO PARA O HOSPITAL DOM HELDER NO CABO DE SANTO AGOSTINHO. SENDO DIAGNOSTICADO COM FRATURA NO PÉ DIREITO, ALÉM DE FRATURA NOS JOELHO DIREITO, ONDE FOI COLOCADO 13 PARAFUSOS. SENDO ASSIM, RELATA O OCORRIDO E PEDE PROVIDENCIAS.

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


WILLIAM MARINHO BEZERRA
(VITIMA)

B.O. registrado por:  **MAURI FERREIRA DUARTE JUNIOR** - Matrícula: 296871-1

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ **INVAL. PERMANENTE** ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 050.488.964-83 4 - Nome completo da vítima: William Marinho Bezerra

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

5 - Nome completo: William Marinho Bezerra 6 - CPF: 050.488.964-83
7 - Profissão: Piloto 8 - Endereço: Rua do Janga deino 9 - Número: 1255 10 - Complemento: Apt-201
11 - Bairro: Piedade 12 - Cidade: Jaboatão dos Guararapes 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55430-315
15 - E-mail: (81) 9.8144-7740 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: (81) 9.9638-9441
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ \$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1580 CONTA: 157 266 0

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife 11/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH000855 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr^(a). SEBASTIAO BEZERRA DA SILVA, 63 anos, BRASILEIRO(a), DIVORCIADO(a), RG nº 1595815 SSP/PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 192.784.204-25, residente à rua do jangadeiro, nº 1255, ap 201, candeias, jaboatao-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 30/06/2019, por volta das 19:43 hs, no endereço: ESTRADA DA BATALHA, S/N, PRAZERES JABOATÃO DOS GUARARAPES-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo AUTOMOVELO POLO SEDAN PRATA PFK9653-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr^(a) WILLIAM MARINHO BEZERRA, inscrito sob o CPF nº 050.488.964-83 e Registro Geral nº 5769823, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SD 718033-0 CRUZ. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DOM HELDER. Registrado(a) com o prontuário nº 508535. Ficou aos cuidados do médico XX, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 22/07/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH000855

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

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: 22/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WILLIAM MARINHO BEZERRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01580

CONTA: 000000157266-0

Nr. da Autenticação E43F445E30198FEB



CELPE

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-002
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.cepe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA DE FÁTIMA SOARES MARINHO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DO JANGADEIRO 1255 AP-201
CONDOMÍNIO DO ED IGUATEMI

CPF: 306 191.904-00 NIS: 20681782190

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

PIEDADE/PRAZERES
JABOATÃO DOS GUARARAPES PE
54430-315

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSAO
079580368	UNICA	04/10/2018
APRESENTACAO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSERCAO
04/10/2018	2001263468	1856281

CONTINUTATO	MESIANO
7025647380	10/2018
DATA DI RINNOVAMENTO	DATA DI REVISIONE QUALITÀ
11/10/2019	06/11/2019
TOTALE A PAGARE (€)	216,43

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00000000	0,27045070	8,11
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,48369834	32,45
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	120,00000000	0,80554752	93,48
Consumo Ativo superior a 220 kWh	60,00000000	0,77283057	61,82
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,86
Acréscimo Bandeira VERMELHA			12,33
Contrib. Ilum. Pública Municipal			15,93
ICMS Subvenção-CDE-NF 067938075-0307/19			1,87

TOTAL DA FATURA

218.43

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL*		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
3133169880	CA1	03-09-2019	13.909,00	04-10-2019	13.909,00	31	1,00000		300,00

APPLIED POLYMER SYMPOSIA

INFORMAÇÕES DE TUBO

Abstract

Consumo por mês de consumo

Mês/Ano kWh	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Geração de Energia	R\$	%
OUT 18 320				Transmissão	R\$ 7,22	3,83%
SET 18 303	ICMS	194,83	25,00	Distribuição (Cteps)	R\$ 43,88	12,83%
AGR 18 306	PIS	194,83	1,25	Perda de Energia	R\$ 13,82	6,95%
	CORFIS	128,83	5,95	Energia Setorial	R\$ 4,30	2,16%
JUL 18 311				Tributos	R\$ 56,08	32,22%
JUN 18 358				Total	R\$ 190,83	199%
MAI 18 358	RESUMO APLICADAS					
ABR 18 368	Consumo Abaixo 50 kWh					
	Consumo Abaixo Superior a 70 até 100 kWh					
	Consumo Abaixo superior a 100 até 220 kWh					
	Consumo Abaixo superior a 220 kWh					
MAR 18 365	RESUMO DO PISCO					
FEV 18 377	A4B1 27F1 C182 808 / C4E8 EC08 A5E7 7020					
JAN 18 343						
DEZ 18 364						
NOV 18 383						
OUT 18 390						

INFORMATION IMPORTANCE

[illegible]

As condições gerais de temperatura (entre 40°C e 45°C) e umidade (entre 70% e 90%) são favoráveis à reprodução e sobrevivência da espécie. Entretanto, a maioria das espécies de mosquitos que causam doenças humanas e animais são sensíveis a temperaturas acima de 35°C e a umidade relativa do ar acima de 90%.

Downloaded At: 11:53 11 September 2009

1995-1996

CONJUNTOS	VALOR AJUSTADO ago/2019	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
						MÍNIMO	MÁXIMO
100C	0,00	4,95	3,31	16,53	270	201	231
100D	0,00	3,17	8,35	12,70			
100MC	0,00	3,22	0,00	0,00			

Limite DCM: 12,22 EUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Crédito - R\$ 55,51

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
----------------	---------	--------------------	---------------------

2025647380	10/2019	11/10/2019	216,43
------------	---------	------------	--------



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 30/06/2019 20:24



Nome Paciente: WILLIAM MARINHO BEZERRA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 24/08/1982
Sexo: Masculino
Idade: 36
Senha: 0038
Convênio: -
Atendimento:
SAME:

Período: 30/06/2019 20:32 - 30/06/2019 20:36

CAMILLA PONTES CASTELO BRANCO - COREN: 414001 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: EMERGENCIA - VERMELHO

Cor: VERMELHO

Queixa Principal: PACT ENCAMINHADO PELO BOMBEIRO VITIMA DE ATROPELAMENTO. NEGA DESMAIO E VOMITOS. APRESENTANDO TRAUMA EM MID. HAS- DM- NEGA ALERGIA. ALCOOLIZADO

Observação: SPO2: 97% FC:85BPM

Ruixograma sintoma: TRAUMA

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

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Acolhido(a) por: CAMILLA PONTES CASTELO BRANCO - COREN: 414001 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 30/06/2019 20:36

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 508550
Usuário do Atendimento: THAYANECCS

Data e Hora do Atendimento: 30/06/2019 20:51
Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: WILLIAM MARINHO BEZERRA

Prontuário: 40066

Nome da Mãe: MARIA DE FATIMA SOARES MARINHO

Nome do Pai: SEBASTIAO BEZERRA DA SILVA

Data do Nascimento: 24/08/1982

Idade: 36 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG: 5769823

SDS PE Data Emissão: 28/11/2018

CPF: 05048896483

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade: RECIFE

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Carteira Nacional SUS: 206817822040000

Ocupação Habitual: OUTROS

Endereço: RUA FRAGOSO DE MELO

2 BARRA DE JANGADA

Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES

PE

CEP: 54490132

Fone: 96389441

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: BOMBEIRO

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

MDH - Hospital Dom Helder Câmara
Evangelina D. Dias de Souza

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 06

15 JUL 2019

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, 30/06/2019

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: _____

Diagnóstico: _____

Procedimento: _____

Em: 03.07.19

Hora: _____

Médico e C.R.M.: _____

Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____

Assinatura e R.G.: _____

Ortopedia e Traumatologia
CRM 13372-2/2019
11/19

HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: William Henrique Bezerra Registro: 1006 N° Atendimento: 50535
Idade: 36 Sexo: M Estado Civil: sol Cor: branco Acompanhante: ☒ Sim - () Não
Clínica: Ortopedia Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração:

"Dor no ombro direito há 04 meses"

História da Doença Atual:

paciente relata dor no ombro direito
com trauma em KTB.

Interrogatório Sintomatológica:

do local

Dr. Máviner Mendes de Oliveira
Ortopedia - Traumatologia
CRM 10660

Exame Físico:

defundado loco

Antecedentes Pessoais:

Não

Medicações em Uso

Não

Antecedentes Familiares:

Não

Hipótese Diagnóstica Principal:

fratura de osso do

Hipóteses Diagnósticas Secundárias:

pele (D)

Plano Terapêutico:

A Soroção e Curativo

Cabo de Santo Agostinho,

07/08

Assinatura e Carimbo

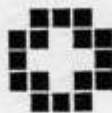
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES / PE
Hospital Metropolitano Sul - Dom Hélder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE

TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

NOME: William Mariano Bezerra DATA NASC: 24/08/1982
REGISTRO: 40066 DATA: 02/10/14 HORA: _____
SETOR DE ORIGEM: Unidade SETOR DE DESTINO: 1

S	Situação (Enfermagem)	Nível de Consciência: <u>EGR Comatose Orientado</u> HGT: <u>98</u> PA: <u>124x78</u> Pulso: <u>17</u> Temp: <u>36.3</u> FR: <u>90</u> Oximetria: <u>100%</u> Padrão respiratório: (☒) Ar ambiente (☐) Suporte de O2 (☐) CatO2 (☐) NBZ (☐) TOT (☐) Traqueo VM (☐) Traqueo NEB Intercorrência nas últimas 24h: _____
B	Base do cenário (médico)	Breve relato do caso: _____ Antibiótico profilático: (☐) Não (☐) Sim Antibiótico terapêutico: (☐) Não (☐) Sim Qual: _____ Horário: _____ Drogas Vasoativas: (☐) Não (☐) Sim Qual: _____ Prognóstico: (☐) Crônico (☐) Não Crônico Nutrição: (☐) Jejum (☐) Dieta _____
A	Análise (Enfermagem)	Dispositivos Invasivos: Cateter central (☒) Não (☐) Sim // SVD (☐) Não (☐) Sim Alergia: (☒) Não (☐) Sim Qual: _____ Hemoderivados: (☒) Não (☐) Sim Qual: _____ Medicação de uso contínuo: _____ Riscos: (☐) LPP (☐) Queda (☐) Flebite (☐) Outros: _____ Grau de Complexidade: (☐) Crítico (☐) Semi Crítico (☐) Alta dependência (☐) Intermediário (☐) Mínimo
R	Recomendação (Enfermagem)	Exames Laboratoriais: (☒) Coletado (☐) Não Coletado Qual: <u>Hb, HT, Anticoag</u> Exames de Imagem: (☒) Realizado <u>RX</u> (☐) Pendente _____ Curativo: (☐) Não (☒) Sim Local: <u>MID</u> Isolamento: (☐) Não (☐) Sim Qual: _____

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



**HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA**



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: William Martins Bezerra Registro: 40066

Clínica: _____ Enfermaria: Unidade Leito: _____

[illegible]

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: William Karimelo Bezerra Registro: 208535

Clínica: Ortopedia Enfermaria: / Leito: /

Data/Hora	
02/07/19	# Ortopedia / Atualizei H.D. : fratura descolada do peroneo (D) proprio e ex. relatado de A. Duplante queixando de dor no local, em perna co. de tumor e dor per - op
01/07/19 7:00	# Ortopedia H.D. : Fratura em Ossa de Perna D RT sugerir cateter de Agulha H.D. sugerir. C 62 / AAA / Loh / Egan # Ortopedia

Dr. Márcio Mendes de Oliveira
Ortopedia - Traumatologia
CRM 18530

Dr. Bruno Daltro
Ortopedia - Traumatologia
CRM 26693

HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0002

Data.....: 02/07/2019

Hora.....: 17:10

Reinaldo M. de Carvalho
Traumato. Ortopedi.
CRM 14861

DR(A) : REINALDO MENDES DE CARVALHO
CRM : 14861



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

02.07.19

Paciente

William Mavinho Bezerra

Sexo

Cor

Idade

Risco

M

B

36

1

CRM

Nome do Anestesiista

Nome do Cirurgião

11581813

Deiane

Spencer

Renato

Mendes

Medicação Pré-anestésica

Urgência

☐ NÃO

☒ SIM

Cirurgia

Tratamento cirúrgico de feto
de puna direita

REG: 40066

Peso: 70 Kg

Horário

12:30

13:30

11:30

N₂O

Líquidos

ETCO₂

ECG

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

Anotações

Drogas Usadas

Quantidade

Fentanyl 50mcg

Dormonid 5mg

Ciprodina 2g

Dexametasona 10mg

Diprione 2g

Citoprepina 100mg

Neurichon 8mg

Bupr 0,5% hiper 17mg

morfina 80mg

Bupr 0,5% hiper 15mg

Técnica Anestésica

1) Medicação EV, com
cortico nasal

2) Roquiamestino 4
porção untada, an-
ria, anti-hipria, PL
de L4-L5 parame-
ne up, U agueha
25 de Quincke, LCR
normotensa e limpi-
Proprio parcial (4)

Monitorização

☒ Cardioscópio

☒ Oxímetro

☒ PNI

☐ Sonda Vesical

☐ Capnógrafo

☐ Estet. Pré-Cordial

☐ Outros

☐ BIS

☐ Temperatura

☐ Swan-Ganz

☐ Analisador Gases

☐ PVC

☐ Estimulador de Nervo

☐ Linha Arterial

☐ Volemia IBP Plus

Encaminhado

☒ Acordado

☐ Sonolento

☐ Intubado

Destino

☒ SRPA

☐ Apart/Enf.

☐ UTI

☐ Externo

Intercorrência:

☒ NÃO

☐ SIM

Descrever:

Morfina 80mg / Feto (2^a) parame-
ne up, U agueha

Observações: parame-
ne up, U agueha

25 de Quincke, LCR
normotensa e limpi-

Proprio parcial (4)

garnotoments

Alcure = 10

Assinatura de [illegible]
Data [illegible]
CNPJ: 03.253.824-11
CNPJ: 03.253.824-11

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 41956
Paciente : 40066
Convênio Atend. : 1
Leito : 703
Dt. Início :

Cid Pré-Operatório : S823
Cid Pós-Operatório :

Sala : 0004 SALA 04

WILLIAM MARINHO BEZERRA
SUS - INTERNACAO
402 - 01 - LT TRAUMA
Dt. Fim : 02/07/2019 16:12

Atendimento : 508550
Carteira :
Idade : 36 Anos

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

Procedimentos

Procedimento: 0408050500
Convênio: 001
Anestesia: 86

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
RAQUI ANESTESIA + SEDACAO

Equipe Médica

CIRURGIAO
ANESTESISTA

14861 REINALDO MENDES DE CARVALHO
15883 DEBORA SPENCER DE CASTRO LEITAO

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAG.: FRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA (TERÇO DISTAL)

CD : TRATAMENTO CIRURGICO

DESCRIÇÃO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM MESA CIRÚRGICA
2. GARROTEAMENTO DE MID
3. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MID
4. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
5. INCISÃO EM FACE LATERAL DO TORNOZELO DIREITO, ACESSO POR PLANOS AO FOCO FRATURA (OBSERVA-SE COMINUIÇÃO IMPORTANTE)
6. REDUÇÃO INDIRETA (GANHO DE COMPRIMENTO), FIXAÇÃO COM PLACA 1/3 DE CANO E FIXAÇÃO COM 07 PARAFUSOS CORTICIAS
- SUTURA POR PLANOS EM FERIDA OPERATORIA

02/07/2019
17:10

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

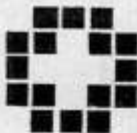
1. INCISÃO MEDIANA JOELHO DIREITO
2. PASSAGEM DE FRESA , COLOCAÇÃO DE FIO GUIA , FRESAGEM DE CANAL MEDULAR
3. COLOCAÇÃO DE HASTE MEDULAR NUMERO 32 SOB FLUOSCOPIA
4. BLOQUEIOS DISTAIS COM USO DE GABARITO COM DOIS PARAFUSOS DISTAIS +01 PARAFUSO 3,5 ANTERO-POSTERIOR
5. BLOQUEIO PROXIMAL COM DOIS PARAFUSOS
6. LAVAGEM COM SF 0,9 %
7. SUTURA TENDÃO PATELAR , SUBCUTANEO E PELE
8. SUTURA DE PELE
9. CURATIVO

EM TEMPO: OBSERVA-SE TUMORAÇÃO OSSEA, POSSIVEL OSTEOCONDROMA EM FACE MEDIAL DE TIBIA DIREITA

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Reinaldo M. de Carvalho
Traumatismo - Ortopedia
CRM-PE 14861



1. Identificação

Leito da SRPA:

Nome: Willian Marinho Data: 02/7/19 Hora: 14:30 Registro: 40064
Leito de origem: 402 - 1

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Art-En - fratura fêmur direito
Tipo de anestesia: Raqui + sedação
Equipe: Rynaldo Anestesista: Debon

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: _____
Acesso Venoso Central: () Não () Sim Onde: _____
Drenos: () não () sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 131 x 81 mmHg FR: _____ p/min FC: 79 p/min SaPO2: 100
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	<u>141/85</u>	<u>131/80</u>	<u>124x78</u>	<u>126x86</u>	<u>125x80</u>	
FR				<u>13</u>		
FC	<u>78</u>	<u>78</u>	<u>79</u>	<u>91</u>	<u>91</u>	
SaPO2	<u>100%</u>	<u>99%</u>	<u>100%</u>	<u>100</u>	<u>100%</u>	
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

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

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

Data: 02/07 Horário: 17:30 Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico: [Assinatura]



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: 40066

Atendimento: 508550

Dt. Cad: 21/10/2012

Nome: WILLIAM MARINHO BEZERRA

Dt. Nasc: 24/08/1982

Mãe: MARIA DE FATIMA SOARES MARINHC

Bairro: BARRA DE JANGADA

End.: RUA FRAGOSO DE MELO

Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES

Enferm.: LEITO 06

Leito: 217

CNS: 206817822040000

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

- ☒ Antecipação de eventos críticos:

- ☒ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? *Sim, red. fratura*
Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? *até 30 min*

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

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

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

☒ Sim

☐ Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

☒ Sim *DX*

☐ Não se aplica

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- ☒ Nome do procedimento realizado *Trat. cirurg. fratura osso perna*

- ☐ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica) *sim*

- ☐ Biópsias estão identificadas com o nome do paciente *nao*

- ☐ Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido *nao*

- ☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente *Resposta OK*

Ruana Cereja
Enfermeira
COREX-PE 513837

Nome: William Mourinho Bezerra Registro: 40066 Leito: _____
Procedimento Cirúrgico: Trat. cirurg. Data: 02/07/14 Hora: _____

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
1. Ansiedade	☒ Encorajar verbalização dos sentimentos e medos ☒ Proporcionar apoio emocional ☒ Dar informação ao paciente e familiares ☐ Outros	
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 ☐ Outros	
3. Padrão de eliminação urinária () Diminuído () Aumentado	☐ 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 ☐ Outros	
4. Dor () Local: _____ () Leve () Moderada () Severa	☒ Verificar qual posição adequada do paciente no pós anestésico ☐ Avaliar a localização e a intensidade da dor ☒ Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação ☒ Identificar fatores desencadeantes da dor ☐ Registrar características e intensidade da dor ☐ Outros	
5. Integridade tissular prejudicada ()	☐ Descrever características da lesão ☒ Realizar curativo de <u>24</u> <u>24</u> h ☐ Realizar mudança de decúbito de ___/___ h ☐ Medir decúbito de dreno de ___/___ h ☐ Manter curativo oclusivo por <u>24</u> h ☐ Outros	
6. Sangramento () Local: _____ () Leve () Moderado () Severo	☐ Aferir pressão arterial de ___/___ h ☐ Manter decúbito: _____ ☒ Realizar curativo compressivo ☐ Outros	
7. Imobilidade no leito prejudicada ()	☐ Pinçar dreno ao transportar paciente ☐ Avaliar mobilização do dreno (Tracionado) ☐ Manter repouso no leito em posição: ☐ Outros	

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
8. Desidratação ()	() Registrar frequência, volume e aspecto da diurese a cada ____ / ____ h	
	() Avaliar e registrar umidade de mucosas	
	() Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária	
	() Registrar turgor e elasticidade da pele	
	() Outros	
9. Êmese () Náusea ()	() Registrar aspecto e quantidade de episódios	
	() Manter decúbito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada	
	() Verificar posicionamento da SNG/SNE	
	() Outros	
10. Temperatura Corporal () Diminuída () Elevada	() Aferir temperatura de ____ / ____ h / Comunicar se estiver abaixo de 35°C ou acima de 37°C	
	() Em caso de hipotermia aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica	
	() Em caso de hipertermia retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente	
	() Outros	
11. Choque hipovolêmico ()	() Aferir sinais vitais a cada 15 / 15 h.	
	() Avaliar coloração e umidade da pele	
	() Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O	
	verificar sinais como: () Taquicardia; () Palidez cutânea; () Pulso irregular; () Pele fria; () Perda de consciência.	
	() Outros	
12. Risco para infecção ()	() Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização	
	() Registrar e anotar sinais flogísticos Local: <u>F.O. A.V.D.</u>	
	() Examinar F.O e registrar alterações () dor; () calor; () rubor; () edema.	
	() Outros	
13.	() Outros	

SNG - Sonda Nasogástrica

PA - Pressão Arterial

FC: Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso enteral

HGT - Hemoglicoteste

AVP - Acesso Venoso Periférico

 ENFERMEIRO(A) - D -	ENFERMEIRO(A) - N -	TEC. EM ENFERMAGEM - D -	TEC. EM ENFERMAGEM - N -
--	---------------------	--------------------------	--------------------------

ASSINATURA E CARIMBO

ASSINATURA E CARIMBO

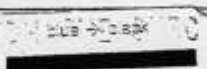
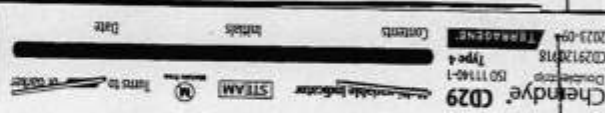
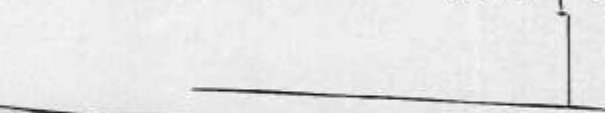
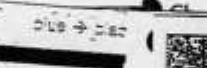
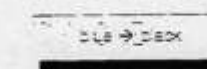
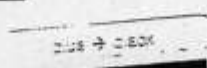
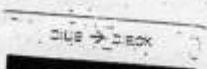
IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: Wladimir Marcos Bezerra Data: 02/07/19 Registro: 40066
Convênio: SUS Leito: _____ Hora: 11:00

2. Equipe médica:

Cirurgião: D^r. Reinaldo 1º auxiliar: _____
Anestesista: D^r. Deiana Instrumentador: Isabel
Circulante: Cláudia

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
Cap - Espate - Punho de Foco		
MM II CX. 3,5 CX. Haste blog. de Tibia		
(Prossma) motor stryker - Articulação		
Baixa PFN (Prossma)		
		
		
		
		

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

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Wesley Marinho Bezerra Data: 02-07-19 Hora: 11:05 Registro: 40066
Convênio: SUS Leito: _____ Peso: _____ Altura: _____

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: D.º Rinaldo Anestesista: D.ª Debora
Auxiliar: _____ 2º Auxiliar: _____ Instrumentador: Isabel

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Fratura de osso do Pênis Início: 12:30 Término: 14:10
Anestesia: Rogon + Adegas Início: 11:30 Término: _____

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

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

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

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

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso ☒	Monitor Cardíaco ☒	PNI ☒	Bomba CEC	Aspirador ()
Colchão Térmico ()	Bisturi Ultrasônico ()	Artroscópio ()	Microscópio	Capnógrafo ()
Bisturi Elétrico ☒	Local da Placa <u>no osso</u>			
Carro de Anestesia ☒	Dilprofusor ()	Intensificador ☒		
Ap. Vídeo ()	Bomba de Infusão ()		Nº ()	
Oxigênio ()	Início _____	Término _____		
Protóxido ()	Início _____	Término _____		
Gás Carbônico ()	Início _____	Término _____		

Outros: _____

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Cânula Orotraqueal: Sim () Não ☒	Punção Venosa: Sim () Não ☒
Sonda Vesical de Demora: Sim () Não ☒	Sonda Gástrica: Sim () Não ☒
Renagem (Tipo e Local): Sim () Não ☒	
Curativo (Tipo e Local): Sim ☒ Não () <u>F.O</u>	

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: Ficha de anestesia anexada ao prontuário do paciente CIRURGIA: _____

6 - OBSERVAÇÕES:

Garrote AS 12:40
Retirada do Garrote AS 14:10

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

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

Data: 02-07-19 Hora: 14:30 Enfermeira: Quica Circulante: Claudio



MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA			
PACIENTE:	Wilson Martins Buzina		DATA: 02/07/10
CIRURGIÃO:	Dr. Ronaldo	AUXILIAR:	RG: 40066
ANESTESISTA:	Dr. Cibara	ANESTESIA:	Rorqui
CIRURGIA:	Refratária de omes da Perna		
ESTRUMENTADOR:	Ezabre	COORDENAÇÃO DO BLOCO:	Ruana
CIRCULANTE:	Claudia	COREN:	
ENFERMEIRA:	Elvira	HORARIO INICIAL:	12:20
		HORARIO FINAL:	14:40

13X4,5	25X7	25X8	40X12
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27

CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM	

TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
TRAQUEOST 9,0			

NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	

CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400

ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX
---------	--------	---------	-------------

BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SORO MACRO
-------	------------	----------	--------------

20CM	40CM	60CM	120CM
------	------	------	-------

BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6	

LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5
----------	----------	----------	----------

1ML	3ML	5ML	10ML
↓	↓	↓	↓
20ML	60ML	60ML CATETER	

AVENTAL CIRUR.	B5. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/ VIDEO
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

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

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

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

RA: 96941995 - WILLIAM MARINHO BEZERRA 36 anos 10 meses 9 dias **Sexo : M**
Dr.(a): 14418 - MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTINS **Entrada: 01/07/2019 02:24:07**
Unidade: HDH-HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA - Posto: 000006 - URGÊNCIA **Prontuário: 40066 Cód.SUS: Local de Entrega:**
EVE-EMERGÊNCIA VERMELHA
Coleta :01/07/2019 02:24:00

Data de Nascimento :24/08/1982

HEMOGRAMA

Resultado Atual	Resultados Anteriores			Valor de Referência		
	Laudo Evolutivo			Homens	Mulheres	
	64777567 22/02/2015	49142416 02/01/2013	47712721 22/10/2012			
ERITROGRAMA						
Hemácias	4,46 $10^6/\mu\text{L}$	4,34	5,00	4,31	4,4 - 5,9	4,0 - 5,4 $10^6/\mu\text{L}$
Hemoglobina	14,0 g/dL	13,4	14,8	13,0	13,0 - 18,0	12,0 - 16,0 g/dL
Hematócrito	41,8 %	40,7	44,7	38,8	40 - 52	35 - 47 %
VCM	93,7 fL	93,8	89,4	90,0	80 - 100	80 - 100 fL
HCM	31,4 pg	30,9	29,6	30,2	27 - 32	27 - 32 pg
CHCM	33,5 g/dL	32,9	33,1	33,5	32 - 37	32 - 37 g/dL
RDW	15,5 %	16,7	11,9	12,7	Até 15	Até 15 %

DISCRETA ANISOCITOSE ;

LEUCOGRAMA

Leucócitos	100 %	15200 /uL	12500	7900	13300	100 %	3500 - 11000 /uL
Neutrófilos	85,0 %	12920 /uL	10975	5293	10813	50 - 70 %	2500 - 7000 /uL
Eosinófilos	1,0 %	152 /uL	100	395	106	1 - 6 %	100 - 600 /uL
Basófilos	0,0 %	0 /uL	13	71	13	0 - 2 %	0 - 200 /uL
Linfócitos	11,0 %	1672 /uL	688	1714	1436	20 - 30 %	1000 - 3000 /uL
Monócitos	3,0 %	456 /uL	725	427	891	2 - 12 %	100 - 800 /uL

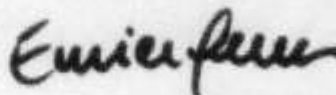
PRESEÇA DE MODERADOS NEUTRÓFILOS HIPERSEGMENTADOS, PRESEÇA DE MODERADAS GRANULAÇÕES TÓXICAS NOS NEUTRÓFILOS.

Plaquetas	343.000/ μL	270	352	286	150.000 - 450.000/ μL
-----------	------------------------	-----	-----	-----	----------------------------------

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

Material: SANGUE

Método: AUTOMAÇÃO



DRªEUNICE CATARYNE DE SOUZA
BIOMÉDICA
CRM: 3633

Data Assinatura: 01/07/2019 04:47:21

Exames Assinados Eletronicamente

"Horário Oficial de Brasília"

"Amostra Não Coletada pelo Laboratório"

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

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

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

Data da Impressão: 02/07/2019 07:22:37 Página: 1/2

RA: 96941995 - WILLIAM MARINHO BEZERRA 36 anos 10 meses 9 dias **Sexo : M**

Dr.(a): 14418 - MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTINS

Entrada: 01/07/2019 02:24:07

Unidade: HDH-HOSPITAL DOM HELDER CAMARA - **Posto:** 000006 - URGENCIA **Prontuário:** 40066 **Cód.SUS:** Local de Entrega:

EVE-EMERGÊNCIA VERMELHA

Coleta : 01/07/2019 02:24:00

Data de Nascimento : 24/08/1982

TP - TEMPO DE PROTROMBINA

Tempo de Protrombina

13,6 seg.

Valor de Referência:

64777567 - 22/02/2015 - 12,0 | **49142416** - 02/01/2013 - 11,7 | **47712721** - 22/10/2012 - 11,7 |

Atividade de Protrombina

91,0 %

Atividade: 70 a 100%

64777567 - 22/02/2015 - 99 | **49142416** - 02/01/2013 - 93 | **47712721** - 22/10/2012 - 93 |

INR

1,06

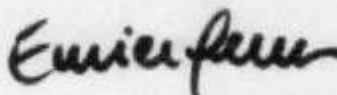
0,80 a 1,20

64777567 - 22/02/2015 - 1,02 | **49142416** - 02/01/2013 - 1,04 | **47712721** - 22/10/2012 - 1,04 |

Nota: INR recomendado pela OMS para anticoagulação 2,5 a 3,5 podendo ir até 4,5 na profilaxia de acidentes tromboembólicos arteriais.

Material: PLASMA

Método: COAGULOMÉTRICO



DRª EUNICE CATARYNE DE SOUZA
BIOMÉDICA
CRBM: 3633

Data Assinatura: 01/07/2019 03:26:38

Exames Assinados Eletronicamente

"Horário Oficial de Brasília"

"Amostra Não Coletada pelo Laboratório"

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

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

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

Data da Impressão: 02/07/2019 07:22:37 **Página:** 2/2

Resumo de Alta Hospitalar / Orientação Final / Ficha de Esclarecimento

Nome: WILLIAM MARTINIANO DE OLIVEIRA Registro nº 40066
 Idade: 36 Sexo: M Data da Admissão: 30/06/19 Data da Alta: 03/07/19

Diagnósticos Definidos:

Fratura nos ossos da perna D

Conduta / Procedimentos Realizados:

Osteossintese

Prescrição para o Domicílio:

Losigron Dip
Novotrat
Cefalexima

Informações Complementares:

NÃO PRECISA
curativo diário
Retorno C/ 15 dias

Programação após Alta Ambulatório de Egresso: SIM ☒ NÃO ☐ Data da Consulta: 18/07/19 di 06:30 às 09:00

Dr. Leonardo Canêjo
 Ortopedia - Traumatologia
 CRM 13712 - RQEOT 1118

Assinatura do Médico e Carimbo



PREFEITURA MUNICIPAL DO JABOATÃO DOS GUARARAPES
SECRETARIA DE SAÚDE
Gerência de Assistência à Saúde
Centro de Reabilitação e Fisioterapia

Declaração

Declaro para os devidos fins que, William Marinho Bezerra
sob o nº de prontuário _____

Com HD: Fratura do TNZ submeteu-se a tratamento
fisioterapêutico neste serviço de reabilitação com a Dr^a
Adriana Carvalho no período de 05/09/19
à 07/11/19 totalizando 10 sessões e ao exame,
Bom recuperação funcional.

Observações importantes: Assm do TNZ preservada,
força e marcha com boa evolução funcional.
Encaminhado para o fisioterapeuta devido exames de rotina.
Recebe orientações de exercícios para casa.

Jaboatão dos Guararapes, 07/11/19

Adriana Carvalho
Fisioterapeuta
CREFITO - 32964-F

Centro de Reabilitação e Fisioterapia



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GOV. DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA
MAIS DO QUE VOCÊ IMAGINA

GESTÃO
HOSPITALAR
IMIP

FORMULÁRIO DE RETORNO

Nº Prontuário: 40066

Data do Atendimento: 24/01/20

Nome do Paciente: William M. Igene

☐ ECG

☐ Psicologia

☐ Curativo

☐ Nutrição

☐ Retirada de Ponto

☐ Fonoaudiologia

☐ Retirada de Fio K

☐ Serviço Social

☐ Imobilização

☒ Alta Ambulatorial

☐ Retorno

Data: / /

Obs.: _____

Dr. Edson Costa JR.
Coordenador de Retorno



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Identificação do Emitente	
NOME COMPLETO: _____	1º Via - Farmácia
CRM: _____ UF: _____ Nº _____	2º Via - Paciente
Endereço Completo e Telefone: _____	
Cidade: _____ UF: _____	

Paciente: William Marinho Bozenna

Endereço: _____

Prescrição: Cefalexina 500mg 076X

Tomar 01 CF VO 6/6h

Identificação do Comprador	Identificação do Fornecedor
Nome: _____	
Ident.: _____ Órgão Emissor: _____	
End.: _____	
Cidade: _____ UF: _____	
Telefone: _____	Assinatura do Farmacêutico Data ____/____/____



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

RECEITUÁRIO

WILLIAM MARINHO BOCCINA

Fz

19
WILLIAM DIF → 01 ex
TOMAR 01 01 VO 016

Dr. Leonardo Canêjo
Ortopedia - Traumatologia
CRM 13703 - RCD 1115



GOVERNO DO ESTADO
Pernambuco
ARTIGO 142, PARÁGRAFO 1º, DA CONSTITUIÇÃO



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Identificação do Emitente	
NOME COMPLETO: _____	1º Via - Farmácia
CRM: _____ UF: _____ Nº _____	2º Via - Paciente
Endereço Completo e Telefone: _____	
Cidade: _____ UF: _____	

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

Novofarm 20mg OKX
FARMACIA CF VO 8187

Identificação do Comprador	Identificação do Fornecedor
Nome: _____	
Ident.: _____ Órgão Emissor: _____	
End.: _____	
Cidade: _____ UF: _____	
Telefone: _____	Assinatura do Farmacêutico Data: ____/____/____