

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 30268177490 Nome completo da vítima: THIAGO JOSÉ DOS SANTOS SILVA

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

Nome completo: THIAGO JOSÉ DOS SANTOS SILVA CPF: 30268177490

Profissão: TAXISTA Endereço: RUA MARINETE DE BRITO Número: 70 Complemento: _____

Bairro: CENTRO Cidade: SILVINHARA Estado: PE CEP: 55580-000

E-mail: THIAGOJOSE4136@GMAIL.COM Tel. (DDD): (81) 99416 2956

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 0659 9 CONTA: 85642 8

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, RECIFE, 22 de Janeiro / 2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Thiago José dos Santos Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

EXCELSIOR SEGUROS

22 JAN. 2019

SEGURO DPVAT

FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO EMERGENCIA

DATA: 15/05/18 CARTÃO SUS: _____
HORA DE ENTRADA: 08:04 HORA DE SAÍDA: _____ REGISTRO: 346.601

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Thiago Jose dos Santos Silva
ENDEREÇO: Rua Manoel de Brito Lottab
DATA DE NASCIMENTO: 08/12/91 CIDADE: Sirinhaém U.F.: PE
FILIAÇÃO: _____ IDADE: 26 anos SEXO: ☒ M ☒ F
PAI: _____
MÃE: Gluzia Maria dos Santos
RESPONSÁVEL: A

TRIAGEM / QUEIXA PRINCIPAL

Paciente relata que sofreu acidente de trânsito no dia 12/01/2018, com escorregão em poço e, mais tarde, escorregão na calçada.

P: 110 x 60 PESO: _____ FC: _____
T: _____ HGT: _____ FR: _____

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente relata acidente de trânsito, com escorregão em poço e, mais tarde, escorregão na calçada.
12

EXAME FÍSICO: Bom, sem alterações.

EXAMES SOLICITADOS: RX joelho E, mão D e (Pênis) Venal

H.D: _____

CONSULTA / PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. Diminuir o uso de álcool.
2. RX joelho esquerdo.
3. RX mão direita segundo dor.
09:15
Médico
Jr. Wandick R. de Barros
CRM/PE: 12502
-05-215-410-004-2

EXCELSIOR SEGUROS
22 JAN. 2019
SEGURO DPVAT

FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO EMERGENCIA

DATA: 15/05/18 CARTÃO SUS: _____
HORA DE ENTRADA: 08:04 HORA DE SAÍDA: _____ REGISTRO: 346.601

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Thiago Jose dos Santos Silva
ENDEREÇO: Rua Manoel de Brito Lottab
DATA DE NASCIMENTO: 08/12/91 CIDADE: Sirinhaém U.F.: PE
FILIAÇÃO: _____ IDADE: 26 anos SEXO: ☒ M ☒ F
PAI: _____
MÃE: Gluzia Maria dos Santos
RESPONSÁVEL: _____

TRIAGEM / QUEIXA PRINCIPAL

Paciente relata que sofreu acidente de trânsito no dia 14/05/18, com lesões em joelho E, mão D e escápula na esquerda.

P: 110 x 60 PESO: _____ FC: _____
T: _____ HGT: _____ FR: _____

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente relata acidente de trânsito automobilístico no dia 14/05/18, com lesões em joelho E e mão D. Escápula esquerda lesão fechada fechada.

12

EXAME FÍSICO: Boa, hidratado, sem febre.

EXCELSIOR SEGUROS
22 JAN. 2019
SEGURO DPVAT

EXAMES SOLICITADOS: RX joelho E, mão D e (escápula) esquerda.

H.D: _____

CONSULTA / PRESCRIÇÃO MÉDICA

1) Analisar o sup. (Lm)
2) RX joelho Esquerdo
3) RX mão direita segundo sup.

09:15
Belo

MÉDICO(A): Dr. Wandick R. de Barros
Médico
CRM/PE: 12502
-05-245-410-004-2



PREFEITURA MUNICIPAL DE

SIRINHAÉM
UM NOVO TEMPO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL
OLÍMPIO MACHADO GOUVEIA LINS**

ENCAMINHAMENTO

Sirinhaém, 15 / 05 / 18.

Ao: Ortopedista.

Médico Plantonista: _____

do Hospital: _____

Prezado Senhor:

Estamos encaminhando o(a) paciente: Thiago José Santos Silva.

que apresenta o provável diagnóstico: Fratura distal do 2º quinto-
dígitos da mão D.

necessitando tratamento especializado na clínica: Ortopedista.

_____ deste Hospital.

Sem mais para o momento, subscrevemos-nos

Atenciosamente,

EDUARDO R. de BARROS
Médico
CRM/PE: 12602
410.904-63

Carimbo e Assinatura Médico





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 437554

Senha da Classificação:

0007

Data e Hora: 26/05/2018 11:39

Paciente: 105680 THIAGO JOSE DOS SANTOS

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 08/12/1991 Idade: 26 anos

Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: GERUSA MARIA DOS SANTOS

Nome do Pai: NILDO JOSE DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Endereço: RUA MARINETE DE BRITO - COHAB

70

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: SIRINHAEM

PE

Usuário Atendimento: JOCILENEQML

RG (Identidade): 8821448

SDS PE

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 10268177490

Fone:

Cartão SUS: 708202115631941

Data de Emissão CRN:

HCH - Hospital Dom Helder Câmara
Evângela C. Dias de Souza
Faturamento/SAME
Em: 26/05/2018

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Fract. Bacia 22 04 17

HAI 12018.

Exame Físico

na e sem

tese Diagnostico

Fract. 22 04 17.

Conduta Terapeutica

Tratamento

Prescrição Médica

INTERVALO

ANS

DM

ALERGIA

Edgley M. Lacerda Jr.
Ortopedia
Carimbo Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 26/05/2018 11:35

	Nome Paciente:	THIAGO JOSE DOS SANTOS
	Cód. Paciente:	105680
	Data de Nascimento:	08/12/1991
	Sexo:	Masculino
	Idade:	26
	Senha:	0007
	Convênio:	2 - SUS/SIA AMB/URG
	Atendimento:	437554
SAME:		

Período: 26/05/2018 11:46 - 26/05/2018 11:47

ELEUZA MENDES DE OLIVEIRA - COREN: 428767 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: PACIENTE PROCEDENTE DE SIRINHAEM COM SENHA 543456, COM FRATURA DE 2º QDD. CHEGA CONCIENTE ORIENTADO. NEGA ALERGIAS E DM, NEGA HAS.

Fluxograma sintoma: TRAUMA

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

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: ELEUZA MENDES DE OLIVEIRA - COREN: 428767 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 26/05/2018 11:47

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 437566

Data e Hora do Atendimento: 26/05/2018 11:50

Usuário do Atendimento: ANAKPC

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: THIAGO JOSE DOS SANTOS

Prontuário: 105680

Nome da Mãe: GERUSA MARIA DOS SANTOS

Nome do Pai: NILDO JOSE DA SILVA

Data do Nascimento: 08/12/1991

Idade: 26 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG: 8821448

SDS PE Data Emissão:

CPF: 10268177490

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade: SIRINHAEM

Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) COMPLETO

Carteira Nacional SUS: 708202115631941

Ocupação Habitual: TAXISTA

Endereço: RUA MARINETE DE BRITO

70 CENTRO

Fone:

Cidade: SIRINHAEM

PE

CEP: 55580970

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: PM SIRINHAEM

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 01

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, 26/05/2018

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: _____

Diagnóstico: _____

Procedimento: _____

Alta em: _____

Hora: _____

Médico e C.R.M.: _____

Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____

Assinatura e R.G.: _____

Solange Lyra
Faturamento / FAME
Em: 31 MAIO 2018

HDH-Hospital Dom Helder Camara
Mandel P. Socio
Arquivista
SAME/Faturamento

29/06/18

ADMISSÃO
DATA: 26/05/17 HORA: 14:00

HISTÓRICO

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Maria José dos Santos Registro: 105692 Clínica: T86
Enfermaria: U87 Leito: 4 Diagnóstico: 2.402

2. QUEIXAS PRINCIPAIS

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

() Alergias Quais: _____ () Tabagismo () Etilismo () Cardiopatia () Diabetes () HAS
() Epilepsia () Depressão () Câncer () Doenças pulmonar () Cirurgias Anteriores Quais: _____

EXAME FÍSICO

4. ESTADO GERAL

ESTADO GERAL: () Bom (☒) Regular () Grave

5. INTEGRIDADE DA PELE

(☒) Normocorado (☒) Hipocorado () Acianótico () Cianótico () Anictérico () Ictérico () Pele fria () Pele úmida () Reações Alérgicas
() EDEMAS () Face () Pálpebra () MMSS () MMII () Anasarca
() LESÃO POR PRESSÃO LOCAL: _____

6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: (☒) Consciente () Inconsciente (☒) Orientado () Desorientado () Torporoso () Sedado
PUPILAS: () Normais () Isocóricas () Anisocóricas () Estrabismo () Midríase () Miose () Fotorreagente

7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL: () Cooperativo () Choro () Irritado () Sonolento () Ansioso () Agitado

8. SINAIS VITAIS

(☒) Afebril () Febril T. AXILAR= _____ °C FR _____ IPM Sat O2= _____ (☒) Eupneico () Dispneico () Traqueostomia () Intubado
MURMÚRIOS VESICULARES: () Presentes () Ausentes () Diminuídos RUIDOS ADVENTÍCIOS: () Roncos () Sibilos () Crepitações FC _____ bpm
PA: _____ X _____ mmHg PULSO: () Filiforme () Cheio () Rítmico () Ausente ACESSO VENOSO: (☒) Periférico Local: _____
() Central Local: _____

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

DIETA: (☒) VO () SNG () SNE () GTT ABDOME: (☒) Flácido () Tenso () Distendido () Globoso () Doloroso () Plano
() Ascítico () Gravidico EVACUAÇÃO: (☒) Normal () Constipação () Flatos () Diarréia Nº evacuações _____ Aspecto: () Normal () Mucoso
() Líquida () Melena () Odor fétido () Odor Característico () ÊMESE Aspecto: () Hematêmase () Com resíduo alimentar

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

DIURESE: () Presente Aspecto: _____ () Ausente () Espontânea () SVD () SVA () Cistostomia () Irrigação () Anúria
() Disúria () Hematúria () Oligúria () Polaciúria

11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

MOBILIDADE: () Ativa () Passiva MOVIMENTO CONSERVADO: () Sim () Não FORÇA MOTORA: (☒) Sim () Não () PARESIA Local: _____
() AMPUTAÇÃO Local _____ () GESSO Local: _____ () TALA GESSADA Local: _____
Outros: _____

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica
FC- Frequência Cardíaca
SNG- Sonda Nasogastrica

MMSS- Membros Superiores
VO- Via Oral
SNE- Sonda Nasoenteral

MMII- Membros inferiores
SVD- Sonda vesical de demora
VAS- Via Aérea Superior

FR- Frequência respiratória
SVA- Sonda vesical de alívio
GTT- Gastrostomia

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 36416	Sala : 0005	SALA 05	Atendimento : 437566
Paciente : 105680	THIAGO JOSE DOS SANTOS		Carteira :
Convênio Atend. : 1	SUS - INTERNACAO		Idade : 26 Anos
Leito : 684	407 - 04 - LT CCIRURGICA		
Dt. Início : 27/05/2018 09:00	Dt. Fim : 27/05/2018 09:39		
Cid Pré-Operatório : S626	FRATURA DE OUTROS DEDOS		
Cid Pós-Operatório :			

Procedimentos

Procedimento: 0408020342	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DAS FALANGES DA MÃO (COM FIXAÇÃO) (PRINCIPAL)
Convênio: 001	SUS - INTERNACAO
Anestesia:	

Equipe Médica

CIRURGIAO	21129 SAUL PINHEIRO REBOUCAS MARTINS
-----------	--------------------------------------

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. ASSPSIA E ANTISSEPSIA
2. APOSIÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS
3. REDUÇÃO DE FRATURA DE FRATURA D AFALANGE PROXIMAL DO 2 QDD VISUALIZADA POR ESCOPIA + FIXAÇÃO COM 2 FIOS DE K NUMERO 1,00.
4. CURATIVO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

SAUL MARTINS
ORTOPEDISTA
CRM 21129

DR(A) : SAUL PINHEIRO REBOUCAS MARTINS
CRM : 21129

JH - Hospital Dom Helder Câmara
Solange Lyra
Faturamento / SAME
Em: 31 MAR 2018



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

27-05-18

Paciente: THIAGO JOSÉ DOS SANTOS

Sexo: M Cor: B Idade: 26 Risco: F

CRM: 21833 Nome do Anestesiista: NICOLE ZARTAR

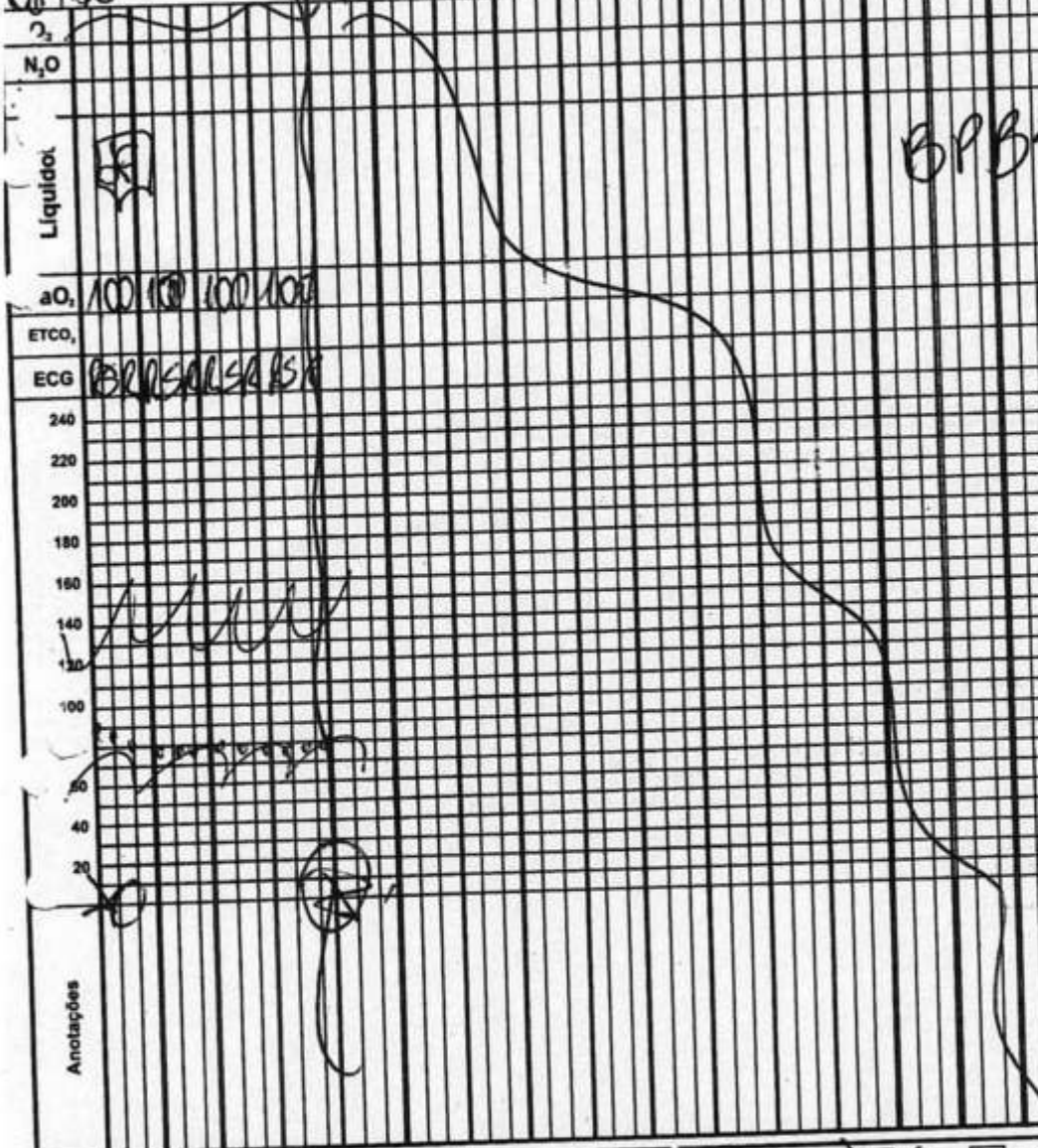
Nome do Cirurgião: PAUL

Medicação Pré-anestésica: Ø

Urgência: ☐ NÃO ☒ SIM

Cirurgia: Abd. sup. fect 2.º O.D. Direito.

Horário: 08:50 09:23



Drogas Usadas

Drogas Usadas	Quantidade
Midazolam	4mg
Fentanyl	50mcg
Ropivacaine	100mg
Sufentanil 0.5%	200mcg
Epinephrine	2g
Desflurane	100g
Bupivacaine	2g
Etomidate	100mg
Nauseadon	8mg

Técnica Anestésica

Bloqueio de plexo braquial no intercostal, dorsal e a nível do cateter com estímulo plex. Ventilador manual a 12-14/min sob cateter nasal.

Monitorização

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

Encaminhado

- ☒ Acordado
- ☐ Sonolento
- ☐ Intubado
- ☐ Destino
- ☒ SRPA
- ☐ Apart/Enf.
- ☐ UTI
- ☐ Externo

Intercorrência: ☒ NÃO ☐ SIM

Descrever:

Observações:

Jejum 28 horas.
Sem alergias.
Nega comorbidades.

Assinatura do Anestesiista

Nicole Zartar
Médica Anestesiologista
CRM 21833

HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARASISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
BLOCO CIRÚRGICO - SRPAGESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Nome: <u>Thiago José dos Santos</u>		Registro: <u>105680</u>	Leito:
Procedimento cirúrgico: <u>POE Frot. 2 = QDD</u>		Data: <u>27/05/18</u>	Hora:
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 sempre que necessário		
	() 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 eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen)		
	() Colocar o paciente em posição de Fowler		
	() Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição		
	() Registrar se: () Dor ao urinar		
	() Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea		
4. Dor ☒ Local: _____ () Leve (☒) Moderada () Severa	☒ Verificar qual posição adequada do paciente		
	☒ 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 intensidades da dor		
	() outros		
	☒ Descrever características da lesão		
5. Integridade tissular prejudicada (☒)	☒ Realizar curativo a cada <u>24h</u> h		
	() Realizar mudança de deúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação		
	() Medir débito de dreno de ____/____h		
	() Manter curativo oclusivo por ____h		
	() Outros		
6. Sangramento () Local: _____ () Leve () Moderada () Severo	() Aferir pressão arterial de ____/____min		
	() Manter elevado: _____		
	() Realizar curativo oclusivo		
	() Outros		
7. Imobilidade no leito prejudicada ()	() Pinçar dreno ao manusear o paciente		
	() Avaliar mobilização de dreno (Tracionado)		
	() Manter repouso no leito em posição: _____		

CÓD. 38605

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
	() Registrar frequência, volume e aspectos da diurese a cada / h	
8. Desidratação ()	() Avaliar e registrar umidade de mucosa	
	() Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária	
	() Registrar turgor e elasticidade da pele	
	() outros	
9. Êmese () Náusea ()	() Registrar aspectos e quantidade de episódios	
	() Verificar posicionamento da SNG/SNE	
	() Manter decúbito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada	
	() Outros	
10. Temperatura Corporal () Diminuída () Elevado	() Aferir temperatura de ____/____h e comunicar se estiver abaixo de 35º C ou acima de 37ºC	
	() 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 ____/____min.	
	() 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 da Consciência	
	Outros	
12. Risco de Infecção ✓	() Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização	
	() Registrar e anotar sinais flogísticos	
	Local: <u>AVP + F.O.</u>	
	() Examinar F.O. e registrar alterações () dor; () Calor; () Rubor; () Edema.	
	() Outros	
	() Outros	

G - Sonda Nasogástrica

PA - Pressão Arterial

FC: Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso Enteral

HGT - Hemoglicoteste

AVP - Acesso Venoso Periférico

 ENFERMEIRO(A) - D -	ENFERMEIRO(A) - N -	TÉC. EM ENFERMAGEM - D -	TÉC. EM ENFERMAGEM - N -
ASSINATURA E CARIMBO		ASSINATURA E CARIMBO	

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Thiago José dos Santos Data: 27.05.18 Hora: 08:30 Registro: 105680
Convênio: SUS Letto: _____ Peso: _____ Altura: _____

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Saule Anestesista: Dr. Nicole
Auxiliar: _____ 2º Auxiliar: _____ Instrumentador: Radfane

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Exaturo de bexiga proximal segundo Início: 08:45 Término: 09:20
Anestesia: Bloquio + sedação Início: 08:30 Término: _____

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

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

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

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

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso (X) Monitor Cardíaco (X) PNI (X) Bomba CEC Aspirador ()
Colchão Térmico () Bisturi Ultrasônico () Artroscópio () Microscópio Capnógrafo ()
Bisturi Elétrico () Local da Placa _____
Carro de Anestesia (X) Difusor () Intensificador () Nº ()
Ap. Vídeo () Bomba de Infusão ()
Oxigênio () Início _____ Término _____
Protóxido () Início _____ Término _____
s Carbônico () Início _____ Término _____
Outros: gasto: 08:30 / 09:20

5.1 - PROCEDIMENTOS:

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

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

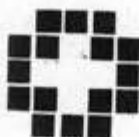
ANESTESIA: _____ CIRURGIA: _____

6 - OBSERVAÇÕES:

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

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

Data: 27.05.18 Hora: 09:20 Enfermeira: Marina Circulante: Marina



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: 02

Nome: Thiago José da Silva data: 27/05/18 Hora: 09:40 Registro: 105680
Leito de origem: 407-04

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Fratura de falange proximal segundo

Tipo de anestesia: Bloqueio + sedação

Equipe: Dr. Saulo

Anestesista: Dr. Nivaldo

3. Admissão

Estado geral: () Bom (x) Regular () Torporoso () Grave°

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

Sonda: () SVD () SNG () SNE

Acesso Venoso Periférico: () Não (x) Sim Onde: MSE

Acesso Venoso Central: (x) Não () Sim Onde: _____

Drenos: () não () sim Onde: _____

Sinais vitais: PA: 127 x 82 mmHg FR: — p/min FC: 71 p/min SaPO2: 100%

Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	<u>09:55</u> <u>121 x 78</u>	<u>10:10</u> <u>122 x 73</u>	<u>10:40</u> <u>116 x 70</u>	<u>11:10</u> <u>122 x 72</u>	<u>11:40</u> <u>113 x 76</u>	
FR	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	
FC	<u>65</u>	<u>60</u>	<u>66</u>	<u>71</u>	<u>72</u>	
SaPO2	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>99%</u>	<u>99%</u>	
Glasgow	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: 116 FC: 70 FR: — SaPO2: 99% Glasgow: —

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

Data: 27/05/18 Horário: 12:05 Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico: _____

Nicole Zarzar
Médica de Anestesiologia
CRMPE 27333

MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

PACIENTE: <i>Thiago José dos Santos</i>		DATA: <i>27.05.18</i>
CIRURGIÃO: <i>Dr. Gíbor</i>		RG: <i>105680</i>
ANESTESISTA: <i>Dr. Nicole</i>		
CIRURGIA: <i>Fratura de plagi proximal segundo</i>		
ESTRUMENTADOR: <i>Rafaela Ramos de Santana</i>		COORDENAÇÃO DO BLOCO: <i>Ruana</i>
CIRCULANTE: <i>Leidice de Enfermagem</i>		COREN:
ENFERMEIRA: <i>Marlene PE 001055314</i>		HORARIO INICIAL:
		HORARIO FINAL:

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

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

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

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

IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: Thiago José dos Santos Data: 27/05/18 Registro: 405680
Convênio: 045 Leito: _____ Hora: 08:00

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. Danilo 1º auxiliar: _____
Anestesista: Dr. Nicolai Instrumentador: Kadiani
Circulante: Karina Ramos de Santana
Técnica de Enfermagem
COREN PE 001055314

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
Lap capote Punho de fco	HDH ONE black IFG 25.05.18 02 STEAM	 MATERIAL / MATERIAL DATA / FECHA AUTOCALVE / AUTOCLAVE CARGA / CARGA OPERADOR / OPERADOR CICLO Nº / CICLO Nº
Disc. de mão 02. fio K. Nº 1 01 fio K. Nº 1.5	HDH ONE black EAC 24.05.18 02 STEAM	
Ricardinho Motor de mão	HDH ONE black ERA 22.05.18 02 STEAM	
	29.05.182248 blue → black STEAM	
	blue → black STEAM	
	blue → black STEAM	COGGO: C-15/CS/111A INTEGRADOR TIPO 5 ISO 11140-1
	blue → black STEAM	
	HDH ONE black AVS 21.05.18 01 STEAM	



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

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

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

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 105680

Nome: THIAGO JOSE DOS SANTOS

Mãe: GERUSA MARIA DOS SANTOS

End.: RUA MARINETE DE BRITO

Enferm.: 407 - 04 - LT CCIRURGICA

Atendimento: 437566

Leito: 684

Dt. Cad: 26/05/2018

Dt. Nasc: 08/12/1991

Bairro: CENTRO

Cidade: SIRINHAEM

CNS: 708202115631941

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?
Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas?

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

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

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

☐ Sim

☒ Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

☒ Sim *Rx*

☐ Não se aplica

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- ☒ Nome do procedimento realizado *FND. 2 = QDP.*

- ☐ 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

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ **Registro:** _____

Clínica: _____ **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____

Data/Hora	
	#entropedia
20/17/18	Pacientes com aftas na boca
	Modo geral.
	Revisões - (se houver)
	Dra. Mariana S. de Almeida Nolasco Médica CRM-SP: 26413 CRLP-SP 10297

Resumo de Alta Hospitalar

407-4

PACIENTE: THIAGO JOSE DOS SANTOS

REGISTRO: 105680

DATA ADMISSÃO: 26/05/2018

DATA ALTA: 28/05/2018

1) Diagnósticos Definidos:

FRATURA DE 2 QDD

2) Conduta/ Procedimentos Realizados:

FIO K

3) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

4) Informações Complementares:

- 1 - USAR MEDICAMENTOS PRESCRITOS
- 2 - RETORNO AO AMBULATÓRIO COM DUAS SEMANAS
- 3 - CURATIVO DIÁRIO EM POSTO DE SAÚDE
- 4 - RETORNAR A EMERGÊNCIA SE SINAIS DE INFECÇÃO OU NECROSE (PUS, EDEMA, FEBRE)
- 7) FAZER COM FREQUÊNCIA MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO DE DEDOS, PUNHO E COTOVELO
- 8) FISIOTERAPIA MOTORA

18.06.18
às: 08:00 horas
chegada ao
at: às 09:00h
no sistema

Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X)
Não ()

Dra. Mariana de Almeida Araújo
Médica
CRM-PE 25115 CDM-PB 10287

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE TRAUMATOLOGIA COM DUAS SEMANAS

Assinatura do Médico e Carimbo

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



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de
retorno ambulatorial no HDH.

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: MAVINIER MENDES DE OLIVEIRA
CRM. UP: PE Nº 18569
Endereço: Hosp. Dom Helder Câmara,
Rodovia BR 101 Sul-KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho – PE
Fone: (81) 3163.0000

3ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

28/05/2018

Paciente: **THIAGO JOSE DOS SANTOS**

Endereço:

Prescrição:

1) CEFALOXINA 500MG -----28COMP
01 COM 6/6H POR 7 DIAS

2) Profam 100mg-----01 cx
01 com vo 12/12h por 5 dias

3) Dipirona 01g – 01 caixa

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

Dra. Mariana S. de Almeida Araújo
Médica
CREMEPE: 26-113 CRM-PE 10287

OPCIONAL PARA DOR MUITO FORTE:

4) Paco (paracetamol 500mg+ codeína 30mg) – 01 caixa

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

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome.....
.....
Ident.:.....Órg.Emissor:.....
End.:.....
.....
Cidade:.....UF:.....
Telefone:.....

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____

EXCELSIOR SEGUROS
22 JAN. 2019
SEGURO DPVAT

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1024240279

NOME
 THIAGO JOSE DOS SANTOS SILVA

DOC. IDENTIDADE/ORG. EMISSOR/UF
 8821448 SDS PE

CPF
 102.681.774-90

DATA NASCIMENTO
 08/12/1991

FILIAÇÃO
 HILDO JOSE DA SILVA
 GERUSA MARIA DOS SANTOS

PERMISSÃO
 ACC
 CAT. HAB.
 A.B.

Nº REGISTRO
 04991483467

VALIDADE
 11/03/2020

1ª HABILITAÇÃO
 23/07/2010

OBSERVAÇÕES
 Exerce Ativ Remunerada

Thiago José dos Santos Silva
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 CABO - PE

DATA EMISSÃO
 12/03/2015

[Assinatura]
 ASSINATURA DO EMISSOR

90510558717
 PE065054350

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1024240279

EXCELSIOR SEGUROS
 22 JAN. 2019
 SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013728739005 BILHETE DE SEGURO DPVAT
THIAGO JOSE DOS SANTOS SILVA

55580-000

CASA SIRINHAEM-PE

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 20/01/18

VIA CPF / CNPJ PLACA
1 102.681.774-90 PDY0942

RENAVAM MARCA / MODELO
1072412702 CHEV/PRISMA 1.4MT LTZ

ANO FAB. CAT. TARIF. Nº CHASSI
2015 02 9BCKT69R0CG117040

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

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

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE FORTE OBRIGATORIO.

EXCELSIOR SEGUROS
22 JAN. 2019
SEGURO DPVAT

ALTERAÇÃO DE CADASTRO

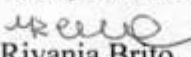
Prontuário: 105680
Paciente: THIAGO JOSE DOS SANTOS SILVA
Pai: HILDO JOSE DA SILVA
CEP: 55580-000

Cadastro aberto com dados incorretos, nome: THIAGO JOSE DOS SANTOS, pai: NILDO JOSE DA SILVA, CEP: 55580-970 pelo usuário: JOCILENE OLIVEIRA MESQUITA DE LIMA em 26/05/2018.

Justificativa:

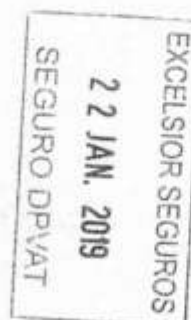
Tendo em vista a solicitação de correção feita pelo paciente apresentando documento CNH nº 8821448 SDS PE foi procedida a referida alteração.

Cabo, 22/01/2019


Rivânia Brito
Coordenadora do Same / Faturamento

HDH-Hospital Dom Helder
Rivânia Brito

Coordenadora SAME/Faturamento

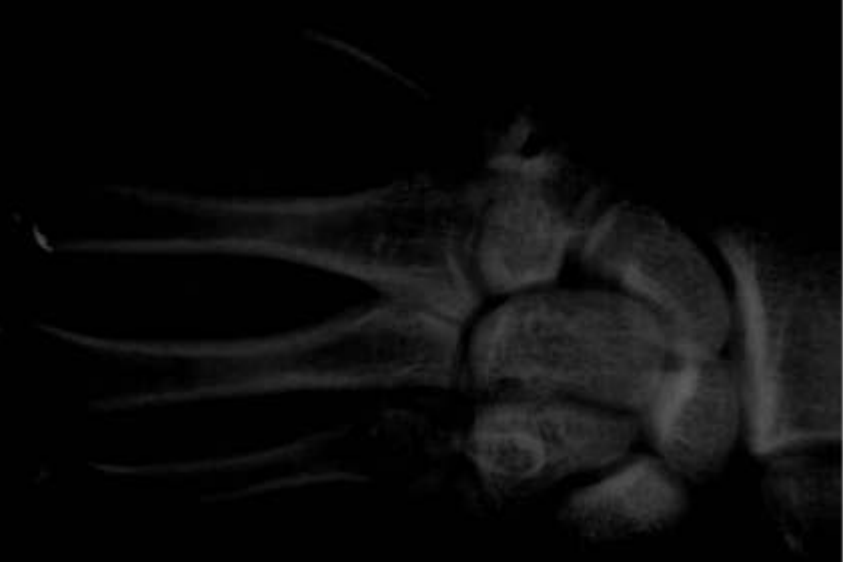


X



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA
PACIENTE: Thiago Jos. Silva
REGISTRO: 81918
DATA: 18/6/18
(D)

X



13
100



HOSPITAL M. HELDERCÂMARA
PACIENTE: Alvaro José
REGISTRO: 970578
DATA: 27-05-78 (D)





46071

HOSPITAL DOA HÉLDER CAMARA
PACIENTE: Luigi J. de
REGISTRO: 11/07/18
DATA: Sumar

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190053912 **Cidade:** Sirinhaém **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: THIAGO JOSE DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 14/05/2018 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIO DE KIRSCHNER E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190053912 **Cidade:** Sirinhaém **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: THIAGO JOSE DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 14/05/2018 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIO DE KIRSCHNER E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0025042/19

Vítima: THIAGO JOSE DOS SANTOS SILVA

CPF: 102.681.774-90

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

Data do acidente: 14/05/2018

Titular do CPF: THIAGO JOSE DOS SANTOS SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

THIAGO JOSE DOS SANTOS SILVA : 102.681.774-90

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/01/2019
Nome: THIAGO JOSE DOS SANTOS SILVA
CPF: 102.681.774-90

THIAGO JOSE DOS SANTOS SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190053912

Vítima: THIAGO JOSE DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 14/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), THIAGO JOSE DOS SANTOS SILVA

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 Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190053912

Vítima: THIAGO JOSE DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 14/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), THIAGO JOSE DOS SANTOS SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

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) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	0268177490	THIAGO JOSÉ DOS SANTOS SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
THIAGO JOSÉ DOS SANTOS SILVA	0268177490	
Profissão:	Número:	Complemento:
FAIXISTA	70	
Endereço:	Cidade:	Estado:
RUA MARINETE DE BRITO	SILVANIA	PE
Bairro:	CEP:	
CENTRO	55580000	
E-mail:	Tel. (DDD):	
THIAGO JOSÉ 4136 @ GMAIL.COM	(81) 99416 2956	

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

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: <u>BRADESCO</u>
AGÊNCIA: CONTA:	AGÊNCIA: <u>0659</u> <u>9</u> CONTA: <u>85642</u> <u>8</u>
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?
	☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	☐ Sim ☐ Não	

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data, <u>RECIFE, 22 JANUÁRIO / 2019</u>	TESTEMUNHAS
	Nome: _____	1ª Nome: _____
	CPF: _____	CPF: _____
		Assinatura _____
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO	2ª Nome: _____
	<u>Thiago José dos Santos Silva</u>	CPF: _____
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

EXCELSIOR SEGUROS

22 JAN. 2019

SEGURO DPVAT



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 073ª CIRCUNSCRIÇÃO - SIRINHAÉM - DP73ªCIRC
DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0163000314**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/05/2018** às **09:38**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **14/5/2018** às **21:30**

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRANSITO COM VÍTIMA LESIONADA**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SIRINHAEM, 1, PE-60, KM-41, SIRINHAÉM-PE** - Bairro:

CENTRO - SIRINHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO POSTO IPIRANGA-PE**

Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HOUVE (AUTOR \ AGENTE)

THIAGO JOSÉ DOS SANTOS SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **THIAGO JOSÉ DOS SANTOS SILVA**

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

THIAGO JOSÉ DOS SANTOS SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **GERUSA MARIA DOS SANTOS**
Pai: **HILDO JOSÉ DA SILVA** Data de Nascimento: **8/12/1991** Naturalidade: **SIRINHAEM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos:
8821448/SDS/PE (RG), 10268177490 (CPF), 04991483467 (CNH) Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU**
COMPLETO Profissão: **TAXISTA** Telefones Celulares:
- 81994162956

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SIRINHAEM, 1, RUA MARINETE DE BRITO, Nº70, COHAB, SIRINHAÉM-PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SIRINHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **THIAGO JOSÉ DOS SANTOS SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **THIAGO JOSÉ DOS SANTOS SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/GM/PRISMA** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDY0942 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **107241270** Chassi: **9BGKT69R0GG117040**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2016** Combustível: **ALCO/GASOL** Seguro/Apolice: **SULAMÉRICA**

Complemento / Observação



CONFORME A VÍTIMA VINHA CONDUZINDO SEU VEÍCULO ACIMA MENCIONADO, NA PE-60, QUANDO EM UMA CURVA O PNEU DIANTEIRO ESQUERDO ESTOROU, E O MESMO PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO BATENDO NO POSTE E CAIU RIBANCEIRA ABAIXO, CASANDO DANOS TOTAL DO VEÍCULO.

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

**THIAGO JOSÉ DOS SANTOS SILVA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **JEFFERSON LEANDRO DOS SANTOS** - Matrícula: **152087-3**

