



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA João Adelmo Nobre dos SantosDATA DO ACIDENTE 13/10/2019 CPF DA VÍTIMA 058.823.934-09PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Hebelente Siqueira Bobal Sih.QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COMA VÍTIMA É ProcuradorENDEREÇO DO PORTADOR R. Henrique DiasNº 288 COMPLEMENTO Casa BAIRRO LentoCIDADE Apósadas de Minas-GF UF PE CEP 56300-000E-MAIL Adolfo.silva@bol.com.br TELEFONE (84) 99912-7089

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTERA 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 (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEBIMENTO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() LAUDO DO IML (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

() BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

() DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO); ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULARIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) OU LIGUE GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

DATA _____

IDENTIDADE _____

NOME _____

ASSINATURA _____

LIXO
SE
DE
RESIDÊNCIA
JU
DAM
DPVAT
SEGURADO
1

ID

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190438308 **Cidade:** Monteiro
Vítima: JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS **Data do acidente:** 13/04/2019
Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA ESQUERDA

Descrição do exame físico: EM TRATAMENTO (OSTEOMIELITE AGUDA)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
EVOLUINDO COM OSTEOMIELITE AGUDA
EM TRATAMENTO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Data do exame físico: 12/11/2019

Conduta mantida: Sim

Observações: VÍTIMA EM TRATAMENTO, MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR. HÁ QUE SE AGUARDAR A ALTA MÉDICA DEFINITIVA APÓS TEREM SIDO ESGOTADOS TODOS OS TRATAMENTOS, INCLUSIVE OS FISIOTERÁPICOS. REAVALIAR EM 60 DIAS

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: 3190438308 **Cidade:** Monteiro
Vítima: JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS **Data do acidente:** 13/04/2019
Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA ESQUERDA

Descrição do exame físico: EM TRATAMENTO (OSTEOMIELITE AGUDA)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
EVOLUINDO COM OSTEOMIELITE AGUDA
EM TRATAMENTO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Data do exame físico: 12/11/2019

Conduta mantida: Sim

Observações: VÍTIMA EM TRATAMENTO, MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR. HÁ QUE SE AGUARDAR A ALTA MÉDICA DEFINITIVA APÓS TEREM SIDO ESGOTADOS TODOS OS TRATAMENTOS, INCLUSIVE OS FISIOTERÁPICOS. REAVALIAR EM 60 DIAS

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 |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
| | | Total | 0 % | R\$ 0,00 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190438308 **Cidade:** Monteiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS **Data do acidente:** 13/04/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURAS COMINUTIVAS DA TÍBIA E DA FÍBULA ESQUERDA. P1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. P7/20 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

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 funcional completa de um dos membros inferiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| Total | | | 17,5 % | R\$ 2.362,50 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190438308 **Cidade:** Monteiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS **Data do acidente:** 13/04/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DA TÍBIA E DA FÍBULA ESQUERDAS. P1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. P7/20 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

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 funcional completa de um dos membros inferiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| Total | | | 17,5 % | R\$ 2.362,50 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190438308 **Cidade:** Monteiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS **Data do acidente:** 13/04/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DA TÍBIA E DA FÍBULA ESQUERDAS. P1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. P7/20
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @1SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos membros inferiores | 70 % | Em grau leve - 0 % | 0% | R\$ 0,00 |
| | | Total | 0 % | R\$ 0,00 |

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS, brasileiro , solteiro , professor, residente e domiciliar no sítio caroá nº 770 bairro zona rural -IGUARACY -PE CEP 56840-000, portador do RG Nº 8814334 SDS/PE e CPF 098.822.934-09.

Outorgado: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA, brasileira, estado civil casada, profissão autônoma, residente e domiciliado à Rua Henrique dias, nº 288, bairro centro AFOGADOS DA INGAZEIRA, Estado de PE CEP. 56.800.000, portadora do RG 2761780 SDS / PE e CPF nº 589.391.134-20

Por este instrumento particular de procuração, o(a)outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado (a) seu bastante procurador (a) ,para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do consócio seguro DPVAT , o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de transito o (a) JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS (a) ocorrido em 13/04/2019,conforme registro pelo B.O anexo ao processo..

Podendo dito (a) procurador (a), representar o (a) outorgante como se o (a) próprio (a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar declarações de endereço , assinar autorização de pagamento /credito de indenização de sinistro DPVAT , para o pagamento de quitação da indenização de sinistro DPVAT** , enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

IGUARACY-PE, 10/05/2019.

OURTOGANTE + José Adelmo Nobre dos Santos



Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

EACÉLSIOR SEGUROS
19 JUL. 2019
SEGURO DPVAT

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0246010/19

Vítima: JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS

CPF: 098.822.934-09

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/04/2019

Titular do CPF: JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA : 589.391.134-20

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS : 098.822.934-09

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: 19/07/2019
Nome: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA
CPF: 589.391.134-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/07/2019
Nome: SIMONE BARBOSA CORREIA
CPF: 026.826.254-36

HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA

SIMONE BARBOSA CORREIA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0246010/19

Número do Sinistro: 3190438308

Vítima: JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS

CPF: 098.822.934-09

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/04/2019

JOSE ADELMO NOBRE
DOS SANTOS

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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: 29/10/2019
Nome: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA
CPF: 589.391.134-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA

RAIANNE SILVA BARBOSA

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190438308

Vítima: JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS

Data do Acidente: 13/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190438308

Vítima: JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS

Data do Acidente: 13/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190438308

Vítima: JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS

Data do Acidente: 13/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do 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 informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190438308

Vítima: JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS

Data do Acidente: 13/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 12/11/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Carta nº 15106602

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: 098.822.934-09 | Nome completo da vítima: JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS | |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 | | | CPF: 098.822.934-09 |
| Nome completo: JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS | | | |
| Profissão: RECUSO | Endereço: SITIO CAROÁ | | Número: 770 Complemento: CASA |
| Bairro: ZONA RURAL | Cidade: IGUARACY | Estado: PE | CEP: 56840-000 |
| E-mail: AFOFARDAS.HELENITA@HOTMAIL.COM | | | Tel.(DDD): 87-99912-9089 |

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

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

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

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **3315** CONTA: **23438** 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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) Divorciado 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 Lider 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, **10/05/2019 IGUARACY-PE**

Nome: **JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS**
CPF: **098.822.934-09**

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____ EXCELSIOR SEGUROS

CPF: _____

19 JUL. 2019

Assinatura

SEGURADO DPVAT

2º | Nome: _____

CPF: _____

EXCELSIOR SEGUROS

19 JUL. 2019

Assinatura

SEGURADO DPVAT

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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.



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

14ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE POLICIA DE

Rua Maria Salete de Almeida Nunes, nº 67 - Centro - MONTEIRO - PB - 58500-000 - (83) 3351-2147

OCORRÊNCIA Nº 000470/19

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000470/19 registrada em 06/05/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos seis dias do mês de maio do ano de 2019, nesta cidade de MONTEIRO - PB, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE POLICIA DE MONTEIRO/PB, quando encontrava-se presente o Bel. PAULO ENIO RABELO DE VASCONCELOS FILHO, Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 10:11 horas, compareceu o Sr. JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS, com 28 anos de idade, filho de DAVI BALBINO DOS SANTOS e IRACI MARIA NOBRE DOS SANTOS, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de MONTEIRO - PB - PB, Solteiro, escolaridade Superior Completo, profissão PROFESSOR, portador da Cédula de Identidade Nº 8814334, expedido pela SSP-PE, com C.P.F. de Nº 09882293409, residindo à rua SITIO CARUÁ, bairro ZONA RURAL, na cidade de IGUARACI PE - PE, celular 87.8866.2136.

Declarou que:

Informa o declarante que no dia 13/04/2019, por volta das 10:30 horas, conduzia sua motocicleta na estrada de terra do Sítio Tingui, neste município, quando em dado momento foi desviar de um buraco na estrada, colidiu com a moto em uma barreira e acabou caindo da mesma; Que devido a queda o declarante sofreu uma lesão grave na perna esquerda e foi socorrido pelo senhor Geneci Sabino da Silva que chegou no local minutos após o acidente, que o senhor Geneci tratou de ligar para o SAMU mas a ligação estava ruim e não atendeu, sendo que o senhor Geneci colocou o declarante em um carro e pediu para deixá-lo no Hospital Santa Filomena em Monteiro/PB; Que chegando ao mencionado Hospital foi imediatamente atendido por volta das 12:19 horas, foi medicado e colocado uma tala em sua perna; Que como o declarante reside no Estado de Pernambuco, solicitou uma ambulância de Afogados da Ingazeira/PE, que lhe conduziria para o Hospital Regional Emilia Câmara em Afogados da Ingazeira/PE, onde ficou internado por três dias e foi colocado uma tala de gesso em substituição da tala de plástico colocada anteriormente; Que no dia 16/04/2019 para o Centro Hospitalar Dr. José Evóide de Moura em Afogados da Ingazeira/PE, onde ficou internado para realização de cirurgia da perna, tendo como diagnóstico Pré-Operatório "Fratura de Tibia Esquerda" recebendo alta no dia 17/04/2019, ainda encontrando-se fazendo uso de muletas; Que é devidamente habilitado para conduzir motocicletas; Que a motocicleta envolvida no acidente a qual o declarante estava conduzindo é da marca Honda/CG 150 Titan, ano/mod. 2009/2009, cor cinza, placa KKG-9035/PE, chassi 9C2KC15209R023585, licenciada em nome do declarante; Que registra esta ocorrência para requerer o Seguro DPVAT. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

MONTEIRO - PB, Segunda-feira, 6 de Maio de 2019

José Adelmo Nobre dos Santos

JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS

Declarante

Lidio Bezerra de Freitas

Escrivão



EXCELSIOR SEGUROS

19 JUL. 2019

SEGURÓ DPVAT

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: 098.822.934-09 | Nome completo da vítima: JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS | |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 | | | CPF: 098.822.934-09 |
| Nome completo: JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS | | | |
| Profissão: RECUSO | Endereço: SITIO CAROÁ | | Número: 770 Complemento: CASA |
| Bairro: ZONA RURAL | Cidade: IGUARACY | Estado: PE | CEP: 56840-000 |
| E-mail: AFOFARDAS.HELENITA@HOTMAIL.COM | | | Tel.(DDD): 87-99912-9089 |

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

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

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

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **3315** 013 CONTA: **23438** 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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) Divorciado 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 Lider 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, **10/05/2019 IGUARACY-PE**

Nome: **JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS**
CPF: **098.822.934-09**

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____ EXCELSIOR SEGUROS

CPF: _____

19 JUL. 2019

Assinatura
SEGURO DPVAT

2º | Nome: _____

CPF: _____

EXCELSIOR SEGUROS

19 JUL. 2019

Assinatura
SEGURO DPVAT

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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.



Governo do Estado
Pernambuco



Registro: 3467 Nome: JOSE ADELMO DOS SANTOS Data de nasc.: 20/10/90
Médico solic.: A HREC CRM: 2012

Data do atend.: 13/04/2019 Hora: 20:56

CONSULTA ORTOPÉDICA

Anamnese Médica / Evolução Clínica:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO COM QUEIXA DE DOR EM Perna e Pé ESQUERDO .NEGA SÍNCOPE, VÓMITOS.

PACIENTE EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS.

AO EXAME> BEG, ORIENTADO, CONSCIENTE, EUPNEICO, AAA
AUSENCIA DE DOR A PALPAÇÃO DA APNTURRILHA E A DORSOFLEXÃO DOS DEDOS.

Exame Físico:

BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNÉICO, AAA
DOR A PALPAÇÃO/MANIPULAÇÃO DA Perna ESQUERDA EM SEU 1/3 DISTAL ASSOCIADO A
PRESENÇA DE EMPASTAMENTO DA PANTURRILHA.

AUSENCIA DE DOR A PALPAÇÃO DA PANTURRILHA E A DORSOFLEXÃO DO PÉ.

ADM DIMINUÍDA

NRV PRESERVADO

PRESENÇA DE EDEMA E ESCORIAÇÃO NO PÉ ESQUERDO.

Resultados de Exames:

RX>FRATURA COMINUTA TÍBIA/FÍBULA ESQUERDA.

Conduta:

ANALGESIA

ORIENTAÇÕES

TALA INGUINO MALEOLAR

OBSERVAÇÃO DEVIDO EDEMA INTENSO DA PANTURRILHA

14/04/2019

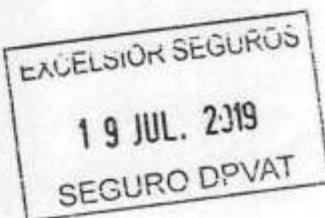
PACIENTE EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS, ENCAMINHO PARA SERVIÇO DE ORIGEM PARA
AGUARDAR REGULAÇÃO PARA CIRURGIA, CONFORME ORIENTAÇÃO DA DIREÇÃO DESTE
HOSPITAL.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S822 FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA| | COM OU SEM MENÇÃO DE FRATURA DA PERÔNIO
[FÍBULA]

Óbito: Não

Dr. EUGENIO PERICLES MUNIZ FERREIRA
CRM: 20410



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: 05/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03315

CONTA: 000000023438-1

Nr. da Autenticação A58487A83E361226

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO**
**AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO**
CEP 50050-902
CNPJ 10.335.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

| | | | |
|--|---|---|------------------------------------|
| DADOS DO CLIENTE JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS CPF: 098.822.934-09 | DATA DE VENCIMENTO 18/04/2019 | DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 11/04/2019 | CONTA CONTRATO 007007759945 |
| ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA SI CAROA 770 RURAL/JABITACA 56840-000 IGUARACI PE | TOTAL A PAGAR (R\$) 22,51 | DATA DA APRESENTAÇÃO 11/04/2019 | Nº DO CLIENTE 2911564064 |
| CLASSIFICAÇÃO B2 RURAL - AGROPECUÁRIA RURAL Monofásico | | | Nº DA INSTALAÇÃO 0005421758 |
| RESERVADO AO FISCO 3225.C367.6F70.3FD7.2424.464D.0DB1.58A4 | | | |
| As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br | | | |

DESCRICAO DA NOTA FISCAL

| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL | | | | | | | | | |
|--|-------------------|------------|----------|------------|----------|------------|-----------|--------|----------------|
| NÚMERO DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR | | ATUAL | | Nº DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO KWH |
| | | DATA | LEITURA | DATA | LEITURA | | | | |
| 000000003011171541 | CAT | 14/03/2019 | 5.562,00 | 11/04/2019 | 5.619,00 | 28 | 1,00000 | 0,00 | 57,00 |

DATOS PESSOAIS: DATA PRÉVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 12/05/2019

| DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES | | | | | |
|---|-------------------------|---------------|----------------------|------------|------------|
| DESCRIÇÃO | CONJUNTO | VALOR APURADO | META MENSAL | META TRIM. | META ANUAL |
| fev/2019 | | | | | |
| DIC-No.de horas sem Energia | APOGADOS DA INGAÉIRA | 2,53 | 11,45 | 22,90 | 45,80 |
| FIC-No.de vezes sem Energia | | 1,00 | 7,67 | 15,34 | 30,69 |
| DMIC-Duração máxima de interrupção contínua | | 2,53 | 6,29 | 9,00 | 0,00 |
| DICRII-Duração de interrupção em dia crítico | | | Limite DICRII: 16,60 | | |
| EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 10,98 | | | | | |

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! freitas prestadora de serviços: rua ne santana n, 16 centro / rosalia da silva rios e cia lt: r ne santana 16 centro lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próximo mês.
Isenção do ICMS conforme Art.9,XLVIII,d, do RICMIS-PE.
Desconto incondicional pela Aplicação da Tarifa B2 RURAL = R\$ 8,63.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os pedreiros de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

| NÍVEIS DE TENSÃO | | |
|-----------------------|-----------------------|--------|
| TENSÃO NOMINAL(V) | LIMITE DE VARIAÇÃO(V) | |
| | MÍNIMO | MÁXIMO |
| 220 | 202 | 231 |
| AUTENTICAÇÃO MECÂNICA | | |

DETALQUE ACTU

| CONTA CONTRATO | MÊS/ANO | TOTAL A PAGAR(R\$) | VENCIMENTO |
|----------------|---------|--------------------|------------|
| 007007759945 | 04/2019 | 22,51 | 18/04/2019 |

TALÃO DE PAGAMENTO
Evite dobrar, perfurar ou rasurar.

828600000000 225100110070 007750045100 100405151700



卷之三

ABTEG MEXICO

—
—

SSEGURÓ DPVAT

32807

— 1 —



NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
CNPJ 10.555.803/0001-08 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOAO VIANEY V SILVA MERCEARIA ME

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA HENRIQUE DIAS 288

CNPJ 70 221 486/0001-73

CENTRO/AFOGADOS DA INGAZERA
AFOGADOS DA INGAZERA PE
56800-000

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL
COMERCIAL

| CONTA CONTRATO | MÊS ANO |
|----------------|--------------------|
| 7008375172 | 06/2019 |
| | DATA DE VENCIMENTO |

| APRESENTAÇÃO | INFO CLIENTE | Nº DA INSTALAÇÃO | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|--------------|--------------|------------------|---------------------|
| 15/06/2019 | 2011844471 | 9850 | 210,4 |

DESCRÍPCAO DA NOTA FISCAL

| | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR |
|--|------------|-------------|-------|
| Consumo Ativo(kWh) | 214.000000 | 0,74193579 | |
| Acréscimo Bandeira AMARELA | | | |
| Contro. lum. Pública Municipal | | | |
| ICMS Subvenção-CDE-NF 064517298-16/03/19 | | | |
| ICMS Subvenção-CDE-NF 058155380-15/04/19 | | | |
| Multa por atraso-NF 058155380 - 15/04/19 | | | |
| Multa por atraso-NF 081948020 - 15/05/19 | | | |
| Juros por atraso-NF 081948020 - 15/05/19 | | | |
| Juros por atraso-NF 058155380 - 15/04/19 | | | |
| Atualização IGPM-NF 081949020 - 15/05/19 | | | |
| Atualização IGPM-NF 058155380 - 15/04/19 | | | |

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

| Nº DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | DATA | ANTERIOR LECTURA | DATA | ATUAL LECTURA | Nº DE DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO |
|---------------|----------------|------------|------------------|------------|---------------|------------|-----------|--------|---------|
| 723328 | CAT | 15/06/2019 | 71 220,00 | 13/06/2019 | 71 444,00 | 26 | 1.00000 | | |

| HISTÓRICO DE CONSUMO | | INFORMAÇÕES DE INTRUTOS | | | COMPOSIÇÃO DO CONSUMO | | |
|----------------------|--|-------------------------|-----------------|-------|-----------------------|-----------------------|------------|
| Médiana kWh | | ICMS | SAME DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPORTE | Geração de Energia | R\$ 31,88 |
| JUN19 214 | | PIS | 160,38 | 25,00 | 40,09 | Transmissão | R\$ 9,28 |
| MAR19 204 | | COFINS | 160,38 | 0,17 | 0,07 | Distribuição (Celpe) | R\$ 37,02 |
| ABR19 220 | | | | | | Parcerias de Energia | R\$ 11,88 |
| MAR19 201 | | | | | | Energias Sustentáveis | R\$ 3,02 |
| FEV19 236 | | | | | | Tributos | R\$ 41,02 |
| JAN19 219 | | | | | | Total | R\$ 166,36 |
| DEZ18 428 | | | | | | | |
| NOV18 445 | | | | | | | |
| OUT18 421 | | | | | | | |
| SET18 308 | | | | | | | |
| AGO18 314 | | | | | | | |
| dez18 384 | | | | | | | |
| JUN18 381 | | | | | | | |

TARIFAS APLICADAS

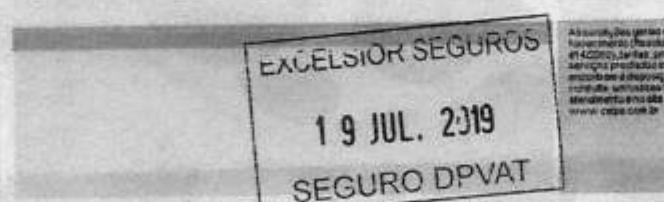
Consumo Ativo (kWh)

RESERVADO AO FOGO

31CB 292D 0891 7AE1 067E F2B7 807A 141F

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Peço desculpas pelo atraso da conta apresentada anteriormente, preciso pausar momentos de reflexão e pensar o momento mais adequado para apresentá-la. No entanto, a mesma permanece válida com efeitos retroativos ao dia 01/06/19. Conforme ICMS sobre subvenção-CDE, conforme Decreto Estadual nº 39.420/13. Conforme ICMS sobre subvenção-CDE, conforme Decreto Estadual nº 39.420/13. O cliente é responsável quando não informar a sua residência no endereço que consta no documento de identificação contácte.

EXCLUSOR SEGUROS
19 JUL. 2019
SEGURADO DPVAT

Assinatura dos gestores da
Companhia Energética de Pernambuco S.A.
e/ou das autoridades competentes
que prestando o serviço
estabelece a disponibilidade
imediata para atendimento ao cliente.
www.celpe.com.br

| CONSUMO AFOGADOS DA INGAZERA | VALOR APURADO MENSAL | LIMITE MENSAL | | | LIMITE ANUAL | TENOR NOMEAL (V) | LIMITE DE VARIAÇÃO MÍNIMO MÁXIMO |
|------------------------------|----------------------|---------------|-------------------|--------------|--------------|------------------|----------------------------------|
| | | LIMITE MENSAL | LIMITE TRIMESTRAL | LIMITE ANUAL | | | |
| 000 | 0,00 | 8,03 | 12,08 | 34,12 | 220 | 200 | |
| 000 | 0,00 | 3,36 | 5,72 | 12,48 | 360 | 350 | |
| 000 | 0,00 | 2,94 | 8,88 | 30,00 | | | |

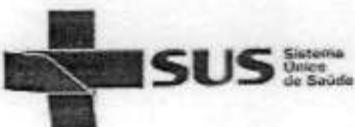
Límite DCR: 12,22 E,80 - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 63,85

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

7008375172 06/2019 21/06/2019 21

83880000002-0 10910011007-0 00837517210-1 1403193740





Registro: 3467 Nome: JOSE ADELMO DOS SANTOS Data de nasc.: 20/10/90

Médico solic.: A HREC CRM: 2012

Data do atend.: 13/04/2019 Hora: 20:56

CONSULTA ORTOPÉDICA

Anamnese Médica / Evolução Clínica:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO COM QUEIXA DE DOR EM Perna e Pé ESQUERDO .NEGA SÍNCOPE, VÓMITOS.

PACIENTE EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS.

AO EXAME> BEG, ORIENTADO, CONSCIENTE, EUPNEICO, AAA
AUSENCIA DE DOR A PALPAÇÃO DA APNTURRILHA E A DORSOFLEXÃO DOS DEDOS.

Exame Físico:

BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNÉICO, AAA
DOR A PALPAÇÃO/MANIPULAÇÃO DA Perna ESQUERDA EM SEU 1/3 DISTAL ASSOCIADO A PRESENÇA DE EMPASTAMENTO DA PANTURRILHA.
AUSENCIA DE DOR A PALPAÇÃO DA PANTURRILHA E A DORSOFLEXÃO DO PÉ.
ADM DIMINUÍDA
NRV PRESERVADO
PRESENÇA DE EDEMA E ESCORIAÇÃO NO PÉ ESQUERDO.

Resultados de Exames:

RX>FRATURA COMINUTA TÍBIA/FÍBULA ESQUERDA.

Conduta:

ANALGESIA
ORIENTAÇÕES
TALA INGUINO MALEOLAR
OBSERVAÇÃO DEVIDO EDEMA INTENSO DA PANTURRILHA

14/04/2019

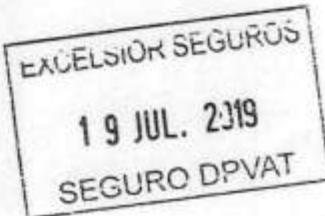
PACIENTE EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS, ENCAMINHO PARA SERVIÇO DE ORIGEM PARA AGUARDAR REGULAÇÃO PARA CIRURGIA, CONFORME ORIENTAÇÃO DA DIREÇÃO DESTE HOSPITAL.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S822 FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA| | COM OU SEM MENÇÃO DE FRATURA DA PERÔNIO [FÍBULA]

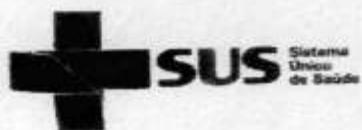
Óbito: Não

Dr. EUGENIO PERICLES MUNIZ FERREIRA
CRM: 20410





Governo de Pernambuco
Pernambuco



Registro: 3467 Nome: JOSE ADELMO DOS SANTOS Data de nasc.: 20/10/90
Médico solic.: A HREC CRM: 2012

Data do atend.: 13/04/2019 Hora: 20:56

CONSULTA ORTOPÉDICA

Anamnese Médica / Evolução Clínica:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO COM QUEIXA DE DOR EM Perna E PÉ ESQUERDO .NEGA SÍNCOPE, VÔMITOS.

PACIENTE EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS.

AO EXAME> BEG,ORIENTADO, CONSCIENTE, EUPNEICO, AAA
AUSENCIA DE DOR A PALPAÇÃO DA APNTURRILHA E A DORSOFLEXÃO DOS DEDOS.

Exame Físico:

BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNÉICO, AAA
DOR A PALPAÇÃO/MANIPULAÇÃO DA PERNA ESQUERDA EM SEU 1/3 DISTAL ASSOCIADO A PRESENÇA DE EMPASTAMENTO DA PANTURRILHA.

AUSENCIA DE DOR A PALPAÇÃO DA PANTURRILHA E A DORSOFLEXÃO DO PÉ.

ADM DIMINUÍDA

NRV PRESERVADO

PRESENÇA DE EDEMA E ESCORIAÇÃO NO PÉ ESQUERDO.

Resultados de Exames:

RX>FRATURA COMINUTA TÍBIA/FÍBULA ESQUERDA.

Conduta:

ANALGESIA

ORIENTAÇÕES

TALA INGUINO MALEOLAR

OBSERVAÇÃO DEVIDO EDEMA INTENSO DA PANTURRILHA

14/04/2019

PACIENTE EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS, ENCAMINHO PARA SERVIÇO DE ORIGEM PARA AGUARDAR REGULAÇÃO PARA CIRURGIA, CONFORME ORIENTAÇÃO DA DIREÇÃO DESTE HOSPITAL.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S822 FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA| | COM OU SEM MENÇÃO DE FRATURA DA PERÔNIO [FÍBULA]

Óbito: Não

Dr. EUGENIO PERICLES MUNIZ FERREIRA
CRM: 20410

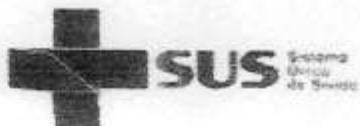
EXCELSIOR SEGURÓS
19 JUL. 2019
SEGURÓ DPVAT



HOSPITAL REGIONAL
EMILIA CÂMARA



Pernambuco



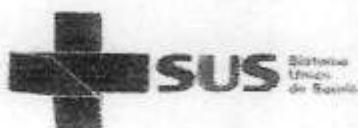
Hospital do
Tricentenário



HOSPITAL REGIONAL
EMILIA CÂMARA



Pernambuco



Hospital do
Tricentenário

NOME: JOSE ADELMO DOS SANTOS

DATA: 13/04/2019

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

ECG + RISCO CIRÚRGICO

HD>FRATURA DIÁFISE TÍBIA ESQUERDA

Dr. Eugênio Muniz
CRM 20410 TEST 4330
CNPJ 30.100.000/0001-00
3 ABR. 2019

Dr. EUGENIO PERICLES MUNIZ FERREIRA
CRM : 20410

HOSPITAL REGIONAL EMÍLIA CÂMARA

Rua Manoel Virginio Sobrinho, 156 - 238 - Pe. Pedro Pereira - Afogados da Ingazeira/PE
CEP: 56800-000 - CNPJ: 10.583.920/0010-24 | Fone: (87) 3838-8868 | www.hrec.org.br

HOSPITAL REGIONAL EMÍLIA CÂMARA

Rua Manoel Virginio Sobrinho, 156 - 238 - Pe. Pedro Pereira - Afogados da Ingazeira/PE
CEP: 56800-000 - CNPJ: 10.583.920/0010-24 | Fone: (87) 3838-8868 | www.hrec.org.br



Centro Hospitalar Dr. José Evóide de Moura

FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro nº _____

Data: _____ / _____ / _____

Hora: _____

Ano: 03

ENFERMARIA: _____

NOME: _____

PRONTUÁRIO: 00155781
NOME: JOSE ADELMO NORTE DOS SANTOS

SEXO: _____ I

END: SITIO CARUA, N°: 0

LEITO N° _____

REGISTRO: 00232940
SEXO: MASCULINO
EST. CIVIL: SOLTEIRO(A)
CEP: 56.840-000
FONE: 87-991045902

NATURALIDADE: _____

CID.: IGUARACI-PE
Nasc: 20/10/1990 Idade: 28 Anos, 6 Meses
Mae: IRACI MARIA NOLDE DOS SANTOS

IVIL: _____

ENDEREÇO: _____

Pai: DAVI BALBINO DOS SANTOS
Profissao: PROFESSOR
Unidades: POSTO 1/CIRÚRGICA
Serviço: CLINICA CIRURGICA DE HOMEM
Medico: FRANCISCO ERLANDO DE MELO JUNIOR
C.N.S: _____Convenio: PARTICULAR
D. Inter.: 16/04/2019 as 12:01
Enf.:
CRM: 15940
Carteira:

CIDADE: _____

V.

Nº DOCUMENT: _____

PAI: _____

MÃE: _____

Nº DOCUMENTO: CPF: 098.822.934-09

FONE: _____

INTERNADO POR ORDEM DE: Dr Francisco

ASS. DO MÉDICO - CRM

ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA

LOCAL DO ACIDENTE: _____

DATA: _____ / _____ / _____

HORA: _____

- NATUREZA DO ACIDENTE:
- CASUAL
 - QUEDA
 - ACIDENTE DE TRABALHO
 - ACIDENTE DO TRÂNSITO

- INTOXICAÇÃO
- AGRESSÃO
- TENTATIVA DE SUICÍDIO
- OUTRAS CAUSAS

 CLÍNICA CIRÚRGICO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO

PRESSÃO ARTERIAL: _____ MX _____

NN

PULSO _____

BPM

TEMPERATURA: _____

°C

PESO: _____

QUEIXA PRINCIPAL: _____

Paciente sofreu trauma no perno E, com dores, edema e deformidade.

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: _____

Hiperidose no perno E, com exoftalmio funcional.

EXAME LÍCIDO

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

ATENÇÃO MÉDICA

EXAME FÍSICO

Inspeção: _____

Palpação: _____

Auscultation: _____

Hipótese Diagnóstica: Fratura do Tíbia F.

| | |
|--|---|
| Alta | Condições de Alta |
| Curado _____ <input type="checkbox"/> | Tempo de Permanência Hospitalar _____ dias |
| Melhorando _____ <input checked="" type="checkbox"/> | Óbito em _____ Motivo: |
| Inalterado _____ <input type="checkbox"/> | Hora _____ |
| Piorado _____ <input type="checkbox"/> | + 48 Horas _____ <input type="checkbox"/> |
| Óbito _____ <input type="checkbox"/> | - 48 Horas _____ <input type="checkbox"/> |
| Transferido para _____ | Decisão Médica _____ <input checked="" type="checkbox"/> Alta Pedida _____ <input type="checkbox"/> Transferência _____ <input type="checkbox"/> Indisciplina _____ <input type="checkbox"/> |

Diagnóstico definido Fratura do Tíbia F.

Tratamento Redução cruento + osteosíntese.

Diagnóstico anatómico-Paratológico

Data 17,07,79. DE INLEIDING

~~Ass. do Médico - CRM
e Carimbo ou Nome do Médico em letra de forma~~

FICHA DE ANESTESIA

Nome: José Melo noite Fócio

Data: 16, 04, 79.

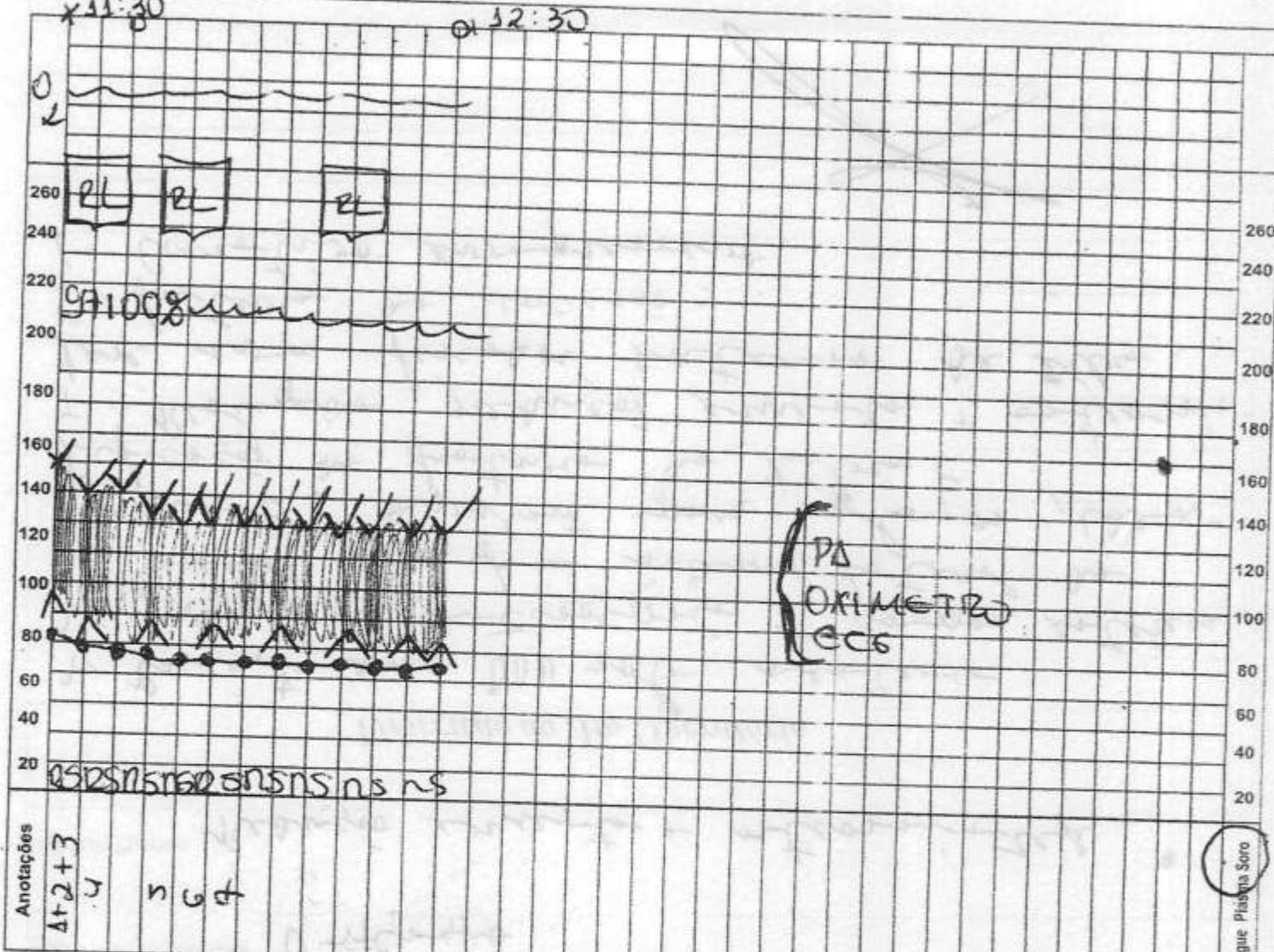
Premarketação:

Hora:

Hora:

x 11:30

01 32:30



Anotações

4+2+3
J n.g.t

| Agente | |
|---------------------|--|
| 1 Midazolam | |
| 2 Nexcisibérica | |
| 3 Dimeof | |
| 4 Cefalotina | |
| 5 Nausedion | |
| 6 Dipirona | |
| 7 Tenoxicam | |
| 8 Glut. 01 Amp | |
| 9 Atropina 02 ml/50 | |

| Quant. |
|---------|
| 5 mg |
| 12,5 mg |
| 0,5 mg |
| 2 g |
| 8,6 g |
| 2 g |
| 40 mg |
| — |
| — |

Técnica e tipo de Anestesia

Roguianestesia med simple,
L3/L4 Ag constante 80 x 27. UCB
limpida

Duração da Op.: 50' Duração de Anest.: 1:00 h

Cond. no final da op.:

Resultado BRM Consciência:

Observação:

Dr. J. E. de Moura
CRM: 11.516
SPC: 100.000
Assinatura

Assinatura do Anestesista

X

Relatório de Operação

| | | | | |
|----------------------------|-----------------------------------|---------|--------------------|--------|
| Nome do Paciente | José Melina sobre Sartor | | Número do Registro | 155281 |
| Clinica | Dentostology | | Número da Leito | |
| Operador | Francisco E. Melo Jr. | | | |
| 1º Assistente | | | 2º Assistente | |
| Instrumentador | | | Anestesista | Fábio |
| Anestesia | | | Duração | |
| Data da Operação | 16/04/19 | Initial | Final | |
| Diagnóstico Pré-Operatório | Fratura do Tíbia E. | | | |
| Diagnóstico Pós-Operatório | O mesmo. | | | |
| Operação Proposta | Ressecção emerto + osteossíntese. | | | |

Descrição do Ato Operatório

- 1- Paciente em ORN sob nesferio.
- 2- Anestesia + antissepsia + coapor estéril.
- 3- Incisão ns, face intero-lateral do perno E, divulsão por planos, identificação do fratura do tíbia E.
- 4- Realizado reanexo emerto + osteossíntese com fios de externo de tíbia.
- 5- sutura do incisão:
- 6- Curativo empregado.



CASA DE SALUD

Dr. JOSÉ EUDÓCIO DE MOURA

CENTRO HOSPITALAR DR. JOSÉ EVÓIDÉ DE MOURA

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome do Paciente:

José Fausto Nobre Fontes

Registro N°: 155781

Clinica

Paciente: João Vitor
Dermatologista

-End

Leito N°

| DATA | HORA | EVOLUÇÃO |
|----------|------|---|
| 26/04/19 | | CD: Fraturas da clavô e. Perdidas, rebaços removidos + osteossíntese. |
| | | CD: Solicito Rx rotores. |
| | | ✓ |
| 17/04/19 | 7:00 | Paciente evoluindo bem, sem dores. Rx constante com broca graduada. |
| | | CD: Alto hospitalar. |
| | | ✓ |

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. Identificação
 Nome: José de Souza Neto dos Santos RG: 232940
 Data de admissão: 16/04/2019 Lote: Ap 101 Idade: 28 Sexo: (X) M / () F.

2. Queixa principal e História da doença atual

fratura de tibia

3. Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Definitivo:

4. Antecedentes Pessoais:

| | | | | |
|--|--|-----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cardiopatias | <input type="checkbox"/> Doenças degenerativas | <input type="checkbox"/> Tumores | <input type="checkbox"/> Colostomia | <input type="checkbox"/> Tatuagem |
| <input checked="" type="checkbox"/> Distúrbios psiquiátricos | <input type="checkbox"/> Alcoolismo | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Cirurgia | <input type="checkbox"/> Tumoral |

| | |
|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Uso de drogas | <input type="checkbox"/> Outros |
|--|---------------------------------|

NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

5. Exame Físico

5.1 Estado Geral:

| | | | | | |
|---|---|--|---|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Grave | <input checked="" type="checkbox"/> Hidratado | <input checked="" type="checkbox"/> Neutraceutical | <input checked="" type="checkbox"/> Anore | <input checked="" type="checkbox"/> Ansioso | <input type="checkbox"/> Depressão |
| <input checked="" type="checkbox"/> Rodar | <input type="checkbox"/> Desidratado | <input type="checkbox"/> Hipotensão | <input type="checkbox"/> Hipovolemia | <input type="checkbox"/> Cianose | <input type="checkbox"/> Edema |
| <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Ansioso | <input type="checkbox"/> Hipercatexia | <input type="checkbox"/> Hipercatexia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Teorimento/Polo:

5.2 Avaliação neuroológica:

Nível de consciência:
 Aconselhante Soproto Típica Confusa Desorientada Confusa Subconsciente

5.3 Sistema Respiratório

| | | |
|-----------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Continua | <input checked="" type="checkbox"/> Disponível | <input type="checkbox"/> Respiratória |
|-----------------------------------|--|---------------------------------------|

| | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Eupneico | <input type="checkbox"/> Disponível | <input type="checkbox"/> Espontânea |
| <input type="checkbox"/> suplementar | 1 min | Cateter nasal |
| Dreno torácico | | <input type="checkbox"/> Sim |

Aspecto da respiração:

| | | | | |
|--------------------|--|---|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Murmuras Vascular | <input checked="" type="checkbox"/> Presente | <input type="checkbox"/> Ausente | <input type="checkbox"/> Diminuído | <input type="checkbox"/> Local |
| Ruidos Adventícios | <input checked="" type="checkbox"/> Ronco | <input type="checkbox"/> Sibilo | <input type="checkbox"/> Estertores | <input type="checkbox"/> Generalizado |
| Tissuo | <input type="checkbox"/> Presente | <input checked="" type="checkbox"/> Absente | <input type="checkbox"/> Seco | <input type="checkbox"/> Molhado |

5.4 Sistema Cardiovascular:

| | | | |
|----------------|---|------------------------------------|----------------------------------|
| Ritmo Cardíaco | <input checked="" type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Irregular | <input type="checkbox"/> Ausente |
|----------------|---|------------------------------------|----------------------------------|

| | | | |
|--------|--------------------------------|---|----------------------------------|
| Pulsos | <input type="checkbox"/> Falso | <input checked="" type="checkbox"/> Cheio | <input type="checkbox"/> Ausente |
|--------|--------------------------------|---|----------------------------------|

5.5 Sistema Gastrointestinal:

| | | | | | |
|--------|----------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---|
| Abdome | <input type="checkbox"/> Flácido | <input type="checkbox"/> Tensão | <input type="checkbox"/> Distensão | <input type="checkbox"/> Doloroso | <input checked="" type="checkbox"/> Plano |
|--------|----------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---|

Ascítico

| | | | | | | | | |
|-----------------------|--|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|-----------------------------|--|
| Ruidos Hidroacústicos | <input checked="" type="checkbox"/> Presente | <input type="checkbox"/> Ausente | <input type="checkbox"/> Hiperativos | <input type="checkbox"/> Hipotativos | <input type="checkbox"/> TENS | <input type="checkbox"/> TSE | <input type="checkbox"/> SG | <input type="checkbox"/> Circulação Torácica |
|-----------------------|--|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|-----------------------------|--|

| | | | | | | |
|-------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|---|----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| Eliminações Intestinais | <input type="checkbox"/> Constipação | <input type="checkbox"/> Diarreia | <input checked="" type="checkbox"/> Normais | <input type="checkbox"/> Fétidos | <input type="checkbox"/> Melada | <input type="checkbox"/> Entorragia |
|-------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|---|----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|

| | | | | | |
|--------|------------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Enemas | <input type="checkbox"/> Presentes | <input checked="" type="checkbox"/> Ausentes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------|------------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

5.6 Sistema Gênito-urinário:

| | | | | | | | |
|----------|--|----------------------------------|------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| Discrese | <input checked="" type="checkbox"/> Presente | <input type="checkbox"/> Ausente | <input type="checkbox"/> Engorgado | <input type="checkbox"/> USG | <input type="checkbox"/> IEVA | <input type="checkbox"/> Cistoscopia | <input type="checkbox"/> Uropat |
|----------|--|----------------------------------|------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|

Aspecto:

5.7 Sistema Musculoesquelético:

| | | |
|-------------|--|----------------------------------|
| Mobilidade: | <input checked="" type="checkbox"/> Alta | <input type="checkbox"/> Passiva |
|-------------|--|----------------------------------|

| | | |
|----------------------|---|------------------------------|
| Momentos Conservados | <input checked="" type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
|----------------------|---|------------------------------|

| | | |
|--------------------------|---|------------------------------|
| Força Motora: Conservada | <input checked="" type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
|--------------------------|---|------------------------------|

MMSS:

Mmff:

Observações do enfermeiro:

Necessidades Psicosociais:

| | | | | | | |
|-----------|--------------------------------------|--|----------------------------------|----------------------------------|---|----------------------------------|
| Altitudes | <input type="checkbox"/> Cooperativo | <input type="checkbox"/> Não cooperativo | <input type="checkbox"/> Agitado | <input type="checkbox"/> Choroso | <input checked="" type="checkbox"/> Calmo | <input type="checkbox"/> Ansioso |
|-----------|--------------------------------------|--|----------------------------------|----------------------------------|---|----------------------------------|

| | | |
|---------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| Nível socio-económico: Classe social: | <input type="checkbox"/> Alta | <input type="checkbox"/> Média |
|---------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|

Condições de Moradia:

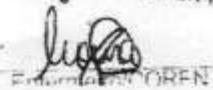
NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

| | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Necessidades de acompanhamento espiritual: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
|--|------------------------------|------------------------------|

| | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Aceita visita para acompanhamento religioso: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
|--|------------------------------|------------------------------|

Data: 16/04/19

Mayara Karine da Silva Moura
 COREN-PE 561013-ENF


 Enfermeira - TREN

| INTERCORRÊNCIAS NO DECORRER DO PLANTÃO DIURNO | INTERCORRÊNCIAS NO DECORRER DO PLANTÃO NOTURNO |
|---|---|
| <p>DATA: 16/04/2019 HORA:</p> <p>Paciente admitido para realizar procedimento cirúrgico por Drº Evans - Consiente, com tato, atrábil, hemicírculo com fractura na tíbia, lombocientr, sentado, atrábil, com moedilização em MLD, punção de humor vítreo, realizada no olho direito, negou dor ou mudanças da infartagem.</p> <p><i>Lucas</i></p> | <p>DATA: 16/04/19 HORA:</p> <p>Paciente em POF, evolui em EGR, consciente, com tato, atrábil, hemicírculo com fractura na tíbia, lombocientr, sentado, atrábil, com moedilização em MLD, punção de humor vítreo, negou dor ou mudanças do olho direito, negou dor ou mudanças da infartagem.</p> <p><i>Lucas</i></p> |
| <p>Mayara Karine da Silva Moura COREN-PE 561013-ENF</p> | <p>Mayara Karine da Silva Moura COREN-PE 561013-ENF</p> |

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: José Adelmo Nogueira dos Santos

ENF.: 107-01

LEITO:

SEXO: M

DATA: 16/04/19

| DADOS VITAIS | | | | | DRENAGENS | | | | | NÍVEL DE CONSCIÊNCIA | | | | | | |
|--------------|----|----|----|----|-------------|----|----|----|----|----------------------|------------|------------|---------------|---------------|--------------|------------------|
| HORÁRIO | 12 | 18 | 24 | 06 | HORÁRIO | 12 | 18 | 24 | 06 | () CONSCIENTE | () ALERTA | () SEDADO | () SONOLENTO | () TORPOROSO | () COMATOSO | () INCONSCIENTE |
| PA | | | | | DIURESE | | | | | | | | | | | |
| T | | | | | SNG | | | | | | | | | | | |
| P | | | | | DRENO TORAX | | | | | | | | | | | |
| R | | | | | OUTROS | | | | | | | | | | | |
| SpO2 | | | | | TOTAL | | | | | | | | | | | |
| HGT | | | | | | | | | | | | | | | | |

SISTEMA RESPIRATÓRIO

| RESPIRAÇÃO | SUporte VENTILATÓRIO | SECREÇÃO TRAQUEAL | VIA RESPIRATÓRIA |
|---------------|---|-------------------|-------------------|
| (X) EUPNEICO | (X) ESPONTÂNEAS | () SIM | () TRAQUEOSTOMIA |
| () DISPNEICO | () VM () CATETER O ² () VENTURI | (X) NÃO | |

SISTEMA CARDIOVASCULAR

| BATIMENTOS CARDIÁCOS | PULSO | PA | DROGAS VASOATIVAS | CATETER CENTRAL |
|----------------------|--------------------|----------------|-------------------|-----------------|
| (X) REGULAR | (X) NORMOSFIGMICO | (X) NORMOTENSO | () SIM | VSC: D() E() |
| () IRREGULAR | () BRADISFIGMICO | () HIPERTENSO | () NÃO | VJI: D() E() |
| | () TRAQUISFIGMICO | () HIPOTENSO | TIPO: _____ | PVC: _____ |

SISTEMA DIGESTIVO

| TIPO DE ABDOME | ABDOME | DIETA | EVACUAÇÕES | DRENAGEM ABDOMINAL |
|----------------|---|---|--|--|
| (X) GLOBOso | Ruídos HIDROAÉREOS (X) PRESENTE () AUSENTe | (X) V. O. () SNE () SNG () PARENTERAL | (X) NORMAIS () CONSTIPAÇÃO () DIARRÉIA () MELENA | () PENROSE () OSTOMIA () NENHUMA TIPO: _____ |
| () PLANO | | | | |

SISTEMA GENITO-URINÁRIO

| DIURESE ESPONTÂNEA | SVD | GENITALIA INTEGRA | ASPECTO DA URINA |
|--------------------|---------|-------------------|--|
| (X) SIM | () SIM | (X) SIM | (X) CÍTRICO () COLÚRICA () HEMATÚRIA () PIÚRIA |
| () NÃO | (X) NÃO | () NÃO | () ANÚRIA () POLIÚRIA |

AVALIAÇÃO DA PELE

| AVALIAÇÃO DA PELE | | | FERIDA OPERATÓRIA | | |
|---|--|--|---------------------------------|---------------------------------------|---|
| (X) HIDRATADA () DESIDRATADA () NORMOCORADA () HIPOCORADA | () ICTÉRICA (X) ANICTÉRICA () CIANÓTICA () EDEMACIADA () HEMATOMA () ESCORIADA | () ULCERA P/ PRESSÃO LOCAL: _____ GRAU: _____ | CURATIVOS (X) SIM () NÃO | ASPECTO () LIMPA () INFECTADA | EXSUDATO () PRESENTE () AUSENTE ASPECTO: _____ |

OSTEO ARTICULAR

| IMOBILIZAÇÃO | | PERFUSÃO MEMBRO IMOBILIZAÇÃO | |
|--------------|---|------------------------------|--|
| (X) SIM | LOCAL: () MSD () MSE (X) MID | () NORMAL () CIANÓTICO | |
| () NÃO | | | |

NOME: José Adelmo Machado dos Santos

- ALERGIA A _____
- ANSIEDADE
- COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
- CONFUSÃO AGUDA
- CONSTIPAÇÃO
- DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
- DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO/HIGIENE
- DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA HIGIENE ÍNTIMA
- DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA ALIMENTAÇÃO
- DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DAS VIAS AÉREAS
- DOR AGUDA
- DIARRÉIA
- EXCESSO DO VOLUME DE LÍQUIDO
- HIPOTERMIA
- HIPERTERMIA
- INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
- INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
- MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
- MUCOSA ORAL PREJUDICADA
- NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORais
- PADRÃO DO SONO PERTURBADO
- PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
- PERFUSÃO TISSULAR PERIFÉRICA INEFICAZ
- PERFUSÃO TISSULAR RENAL INEFICAZ
- RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO
- RISCO PARA QUEDA
- RISCO PARA INFECÇÃO
- RISCO PARA ASPIRAÇÃO
- RISCO PARA DISFUNÇÃO NEUROVASCULAR PERIFÉRICA
- RISCO PARA TEMPERATURA CORPORAL DESQUILIBRADA
- RISCO DE PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
- RISCO PARA SÍNDROME DE DESUSO
- RISCO PARA NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORais
- RISCO PARA VOLUME DE LÍQUIDO DESEQUILIBRADO
- RISCO PARA HIPOGLICEMIA E / OU HIPOGLICEMIA
- SÍNDROME DO DÉFICIT NO AUTOCUIDADO
- VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA
- VOLUME DE LÍQUIDO EXCESSIVO
- VOLUME DE LÍQUIDO DEFICIENTE

OUTROS _____

Maria Karine da Silva Moura
COREN-PE 561013-ENF



CASA DE SAÚDE

Dr. JOSÉ EUVIDE DE MOURA

CENTRO HOSPITALAR DR. JOSÉ EUVIDE DE MOURA

J. Moura Soares Ltda. S/C

CNPJ: 11.469.145/0001-52

Rua Aparício Veras, 411 - Fones: (87) 3838-1304 / 1591 / 2452 / 1965 - CEP: 56.800-000 - Afogados da Ingazeira - PE

SISTEMATIZAÇÃO ASSISTÊNCIA ENFERMAGEM
SAE

ENF: LEITO: ADT-01

DATA: 16/04/2019

NOME: José Adelmo Nogueira dos Santos

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO

| | | |
|---|---|------------------|
| X | REALIZAR LAVAGEM DAS MÃOS ANTES E APÓS QUALQUER PROCEDIMENTO | ROTINA |
| X | RESPEITAR PRECAUÇÕES E USO DE EPI'S CONFORME ROTINA DA CCIH | ROTINA |
| X | EXPLICAR PROCEDIMENTOS ANTES DE REALIZÁ-LOS | ROTINA |
| X | MANTER PROCEDIMENTOS DATADOS, IDENTIFICADOS E FIXADOS | ROTINA |
| X | DIMINUIR RUIDOS AMBIENTAIS E ILUMINAÇÃO À NOITE | ROTINA |
| X | ELEVAR GRADES LATERAIS DA CAMA | ROTINA |
| X | TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO CONFORME PROTOCOLO | ROTINA |
| X | ASSINAR E CARIMBAR TODOS REGISTROS DE ENFERMAGEM | ATENÇÃO |
| X | ADMINISTRAR MEDICAÇÕES E FLUÍDOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA | ATENÇÃO |
| X | COMUNICAR SE TEMPERATURA <35,8° OU >37,2° | ATENÇÃO |
| X | PROPORCIONAR AQUECIMENTO EXTERNO SE TEMPERATURA <36°C E COMUNICAR | ATENÇÃO |
| X | REALIZAR COMPRESSAS FRIAS SE TEMPERATURA >37,4°C E COMUNICAR | ATENÇÃO |
| X | CONSIDERAR PERDAS EXTRAORDINÁRIAS (FEBRE, VÔMITO, DIARRÉIA, DRENOS E SONDAS) | ATENÇÃO |
| X | OBSERVAR, ANOTAR E COMUNICAR FREQUÊNCIA NÁUSEAS E VÔMITOS | ATENÇÃO |
| X | REGISTRAR FREQUÊNCIA DE EVACUAÇÕES E ASPECTO OU AUSÊNCIA E COMUNICAR | ATENÇÃO |
| X | OBSERVAR E ANOTAR DÉBITO URINÁRIO E SUAS CARACTERÍSTICAS. COMUNICAR ALTERAÇÕES | ATENÇÃO |
| X | OBSERVAR E ANOTAR PADRÃO VENTILATÓRIO. COMUNICAR ALTERAÇÕES | ATENÇÃO |
| X | OBSERVAR EM EXTREMIDADES: CIANOSE, PERFUSÃO, TEMPERATURA. COMUNICAR ALTERAÇÕES | ATENÇÃO |
| X | OBSERVAR PRESENÇA DE EDEMA EM MMSS E MMII. SE EDEMACIADOS ELEVÁ-LOS E COMUNICAR | ATENÇÃO |
| X | OBSERVAR SINAIS DE DOR (TAQUICARDIA, HIPERTENSÃO, DIAFORESE, TAQUIPNEIA) E COMUNICAR | ATENÇÃO |
| X | EM CASO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO FORA DO HORARIO PRESCRITO CHECAR NOVO HORARIO E COMUNICAR | ATENÇÃO |
| X | REGISTRAR REAÇÃO ADVERSA QUE O PACIENTE POSSA TER APÓS MEDICAÇÃO E COMUNICAR | ATENÇÃO |
| X | REALIZAR, OBSERVAR PRECISÃO DA INFUSÃO DE SOROS A CADA 3 HORAS | ATENÇÃO |
| X | REALIZAR E OBSERVAR SSVV DE 06-06 h | <i>Henrique</i> |
| | ASPIRAR SNG/SNE ANTES DE INSTALAR AS DIETAS. LAVAR SONDAS APÓS A DIETA | |
| | ASPIRAR VAS/TOT/TRAQUEOSTOMO / H E TOALETE BRÔNQUICA S/N | |
| | COLOCAR / MANTER COLCHÃO CAIXA DE OVO E USAR BLOCOS DE ESPUMA PARA APOIO | |
| | COMUNICAR SE SPO ² <92% | SECRETARIA DE |
| ✓ | CONFERIR CUIDADOSAMENTE ENTRADA / SAÍDA NO BALANÇO HÍDRICO | <i>Henrique</i> |
| | CONTER MMSS E /OU MMII SE APRESENTAR AGITAÇÃO | |
| | HIDRATAR E MASSAGEAR PÉLE 03 X AO DIA E A CADA MUDANÇA DE DECÚBITO | |
| ✓ | INSTALAR DIETA RIGOROSAMENTE NOS HORARIOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA / NUTRIÇÃO | <i>Henrique</i> |
| | INTERROMPER FLUXO DE DIETA DURANTE PROCEDIMENTOS | |
| | MANTER CABECEIRA ELEVADA A ____ GRAUS PARA REPOUSO, E ____ GRAUS PARA INFUSÃO | |
| | MINISTRAR OXIGÊNIOTERAPIA L/M - UMIDIFICADA S/N | |
| ✓ | OBSERVAR E ANOTAR COMPORTAMENTO NEUROLÓGICO. COMUNICAR ALTERAÇÕES | |
| | PROTEGER PROEMINÊNCIAS ÓSSEAS | <i>Comunicar</i> |
| | REALIZAR CURATIVO X AO DIA EM REGIÃO: | |
| | REALIZAR HGT DE / COMUNICAR SE HGT <70 MG/DL OU HGT>150MG/DL | |
| | REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO A CADA 02 HORAS | |
| | REALIZAR / AUXILIAR NA HIGIENE CORPORAL 01 X AO DIA E S/N | |
| | REALIZAR / AUXILIAR NA HIGIENE ORAL E OCULAR 02 X AO DIA | |
| | TROCAR AMBU A CADA 24 HORAS OU QUANDO NECESSÁRIO | |
| | TROCAR CIRCUITO DA LINHA ARTERIAL CONFORME PROTOCOLO | |
| | TROCAR UMIDIFICADOR/ FILTRO A CADA 07 DIAS OU QUANDO NECESSÁRIO HOJE ()SIM () NÃO | |

Nayara Karine da Silva Moura
COREN-PE 561013-ENF

NOME: José Adelmo Machado Santos

- ALERGIA A _____
- ANSIEDADE
- COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
- CONFUSÃO AGUDA
- CONSTIPAÇÃO
- DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
- DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO/HIGIENE
- DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA HIGIENE ÍNTIMA
- DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA ALIMENTAÇÃO
- DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DAS VIAS AÉREAS
- DOR AGUDA
- DIARRÉIA
- EXCESSO DO VOLUME DE LÍQUIDO
- HIPOTERMIA
- HIPERTERMIA
- INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
- INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
- MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
- MUCOSA ORAL PREJUDICADA
- NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORais
- PADRÃO DO SONO PERTURBADO
- PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
- PERFUSÃO TISSULAR PERIFÉRICA INEFICAZ
- PERFUSÃO TISSULAR RENAL INEFICAZ
- RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO
- RISCO PARA QUEDA
- RISCO PARA INFECÇÃO
- RISCO PARA ASPIRAÇÃO
- RISCO PARA DISFUNÇÃO NEUROVASCULAR PERIFÉRICA
- RISCO PARA TEMPERATURA CORPORAL DESQUILIBRADA
- RISCO DE PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
- RISCO PARA SÍNDROME DE DESUSO
- RISCO PARA NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORais
- RISCO PARA VOLUME DE LÍQUIDO DESEQUILIBRADO
- RISCO PARA HIPOGLICEMIA E / OU HIPOGLICEMIA
- SÍNDROME DO DÉFICIT NO AUTOCUIDADO
- VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA
- VOLUME DE LÍQUIDO EXCESSIVO
- VOLUME DE LÍQUIDO DEFICIENTE

OUTROS _____

Karine da Silva Moura
COREN-PE 561013-ENF



Casa de Saúde
Dr. José Ezequiel de Moura

Telefax: (87) 3838-1304 / 1591 / 2452
1965 / 1063 / 2826 / 1701
Celular: (87) 9947-0105 / 9850-1514

Rua Aparício Veras, 411 - CEP: 56.800-000 - Centro - Afogados da Ingazeira - PE

CENTRO MÉDICO



EDSON MOURA

Telefax: (87) 3838-1701
9650-1514



Centro
Diagnóstico
Júnior Moura

Telefax: (87) 3838-2926
9943-0001



Farmácia Michelle

Fone: (87) 3838-2636

ESPECIALIDADES

Cirurgia Geral
Ginecologia e Obstetrícia
Clínica Médica
Pediatría
Ortopedia
Traumatologia
Cardiologia
Oftalmologia
Dermatologia
Urologia
Cirurgia Plástica
Cirurgia Vascular
Cirurgia Buco Maxilo
Neurologia
Otorrinolaringologia
Psicologia
Fisioterapia

EXAMES

Tomografia Computadorizada
Ultra-Sonografia
Densitometria Óssea
Mamografia Digital
Eletrocardiograma
Eco-cardiograma
Teste Ergométrico Comp.
Endoscopia Digestiva
Laboratório
Raio X Digital
Eletroencefalograma
Video Laparoscopia Diagnóstica
Cardiotocografia Fetal
Histeroscopia Diag. e Cirúrgica
Laringoscopia
Estudo Urodinâmico
Audiometria

RECEITUÁRIO

José Azevedo Robert.

Lolita.

- p + do peso E

en AP. perfil.

30/IV/19.

Dr. Francisco C. Moura Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM PE 15241 05.7.11.027



Centro Hospitalar Dr. José Evóide de Moura

J. MOURA SOARES LTDA. S/C

Prescrição Médica e Relatório de Enfermagem

me do Paciente: Jose Vitorino Melo J.

Diagnóstica: Fistula E.

Enfermaria:

Leito:

Registro N°:

HORA DE APLICAÇÃO DA MEDICAÇÃO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA

HORA

| | | | | |
|----------|-----|-------------|----------|----------|
| 16/10/19 | 1 - | Fluoxetina | 16/10/19 | 16/10/19 |
| | 2 - | Cefotetano | 16/10/19 | 16/10/19 |
| | 3 - | Klorina | 16/10/19 | 16/10/19 |
| | 4 - | Tetra | 16/10/19 | 16/10/19 |
| | 5 - | Fluticasona | 16/10/19 | 16/10/19 |
| | 6 - | Bronal | 16/10/19 | 16/10/19 |
| | 7 - | Ciclofer | 16/10/19 | 16/10/19 |

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

ENFERMARIA:

PACIENTE

RESPONSÁVEL

ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA

NOME: _____
 SEXO: _____ I
 NATURALIDADE: _____
 ENDEREÇO: _____
 CIDADE: _____
 N° DOCUMENT

PRONTUÁRIO: 00155781
 NOME: JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS
 END: SITIO CARUA, Nº: 0
 BAIRRO: ZONA RURAL
 CID.: IGUARACI-PE
 Nasc: 20/10/1990 Idade: 28 Anos, 6 Meses
 Mae: IRACI MARIA NOBRE DOS SANTOS
 Pai: DAVI BALBINO DOS SANTOS
 Profissao: PROFESSOR
 Unidade: POSTO I/CIRURGICA
 Servico: CLINICA CIRURGICA DE HOMEM
 Medico: FRANCISCO ERLANDO DE MELO JUNIOR
 C.M.S:

LEITO N°

REGISTRO: 00232946
 SEXO: MASCULINO
 EST.CIVIL: SOLTEIRO(A)
 CEP: 56.840-000
 FONE: 87-991045902

IVIL

Convenio: PARTICULAR
 D.Inter.: 16/04/2017 as 12:01
 Enf.:
 CRM: 15940
 Carteira:

PAI: _____

MÃE: _____

Nº DOCUMENTO: CPF: 098.822.934-09

FONE: _____

INTERNADO POR ORDEM DE: Dr. Francisco

ASS. DO MÉDICO - CRM

LOCAL DO ACIDENTE

DATA: _____ / _____ / _____

HORA: _____

NATUREZA DO
ACIDENTE:

- CASUAL
 QUEDA
 ACIDENTE DE TRABALHO
 ACIDENTE DO TRÂNSITO

- INTOXICAÇÃO
 AGRESSÃO
 TENTATIVA DE SUICÍDIO
 OUTRAS CAUSAS

 CLÍNICA CIRÚRGICO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO

PRESSÃO ARTERIAL:

MX

NN

PULSO

BPM

TEMPERATURA:

°C

PESO:

QUEIXA PRINCIPAL:

Paciente com trauma no pé e, com dor, edema e septicose.

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

Hipertensão no pé e, com septicose funcional.

ATENÇÃO MÉDICA

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

EXAME FÍSICO

Inspeção: _____

Palpação: _____

Ausculta: _____

Hipótese Diagnóstica: Fratura do tíbio E.

| | | | |
|------------------------|-------------------------------------|--|----------------------|
| Alta | Condições de Alta | | |
| Curado _____ | <input type="checkbox"/> | Tempo de Permanência Hospitalar _____ dias | |
| Melhorando _____ | <input checked="" type="checkbox"/> | Óbito em _____ | Motivo: |
| Inalterado _____ | <input type="checkbox"/> | Hora _____ | Decisão Médica _____ |
| Piorado _____ | <input type="checkbox"/> | + 48 Horas _____ | Alta Pedida _____ |
| Óbito _____ | <input type="checkbox"/> | - 48 Horas _____ | Transferência _____ |
| Transferido para _____ | | | Indisciplina _____ |

Diagnóstico definido Fratura do tíbio E.

Tratamento Reanqoramento + osteossíntese.

Diagnóstico anátomo-Paratológico _____

Data 17/04/79.

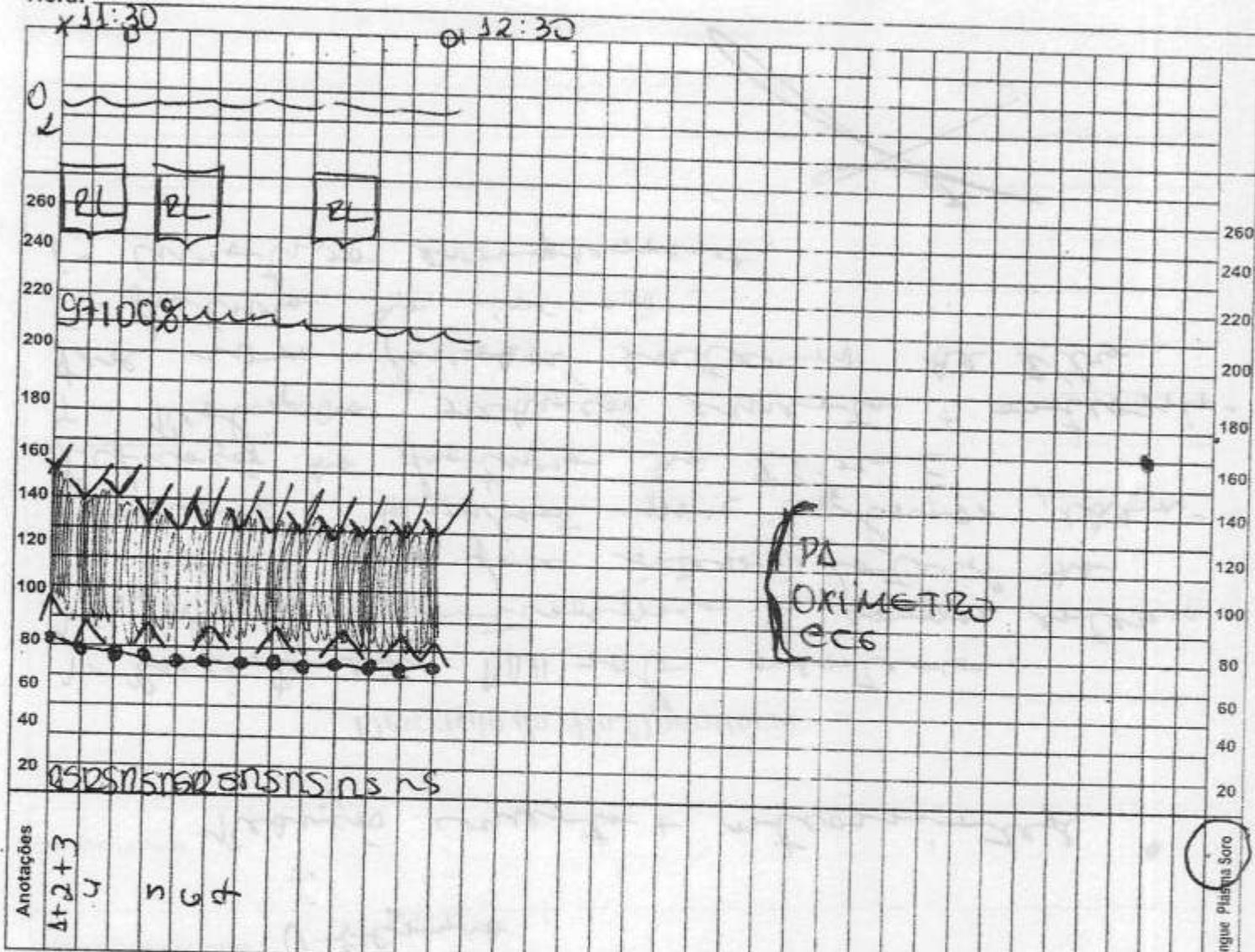
Ass. do Médico - CRM
e Carimbo ou Nome do Médico em letra de forma

FICHA DE ANESTESIA

Nome: José Melo Moreira Lóios Data: 16.04.79.

Premedicação: _____ Data: _____ / _____ / _____
Hora: _____

Hora: _____



| Agente | Quant. | Técnica e tipo de Anestesia |
|--------------------|---------|---------------------------------|
| ① Midazolam | 5 mg | Roguianestesia med simple |
| ② Noc. isobárica | 12,5 mg | 1,3/4% Ag contante 80 x 27. Ure |
| ③ Dimeof | 0,25 mg | lumipack |
| ④ Cefalosfina | 2 g | |
| ⑤ Nausedan | 8,0 mg | |
| ⑥ Dipirona | 2 g () | |
| ⑦ Teixoxicam | 40 mg | |
| ⑧ Glut. 0,1 Amp | - () | |
| ⑨ Atropina 0,25 mg | - () | |

Cond. no final da op.: _____ Resultado BRM Consciência: _____

Observação: Apenas para uso interno da Unidade de Saúde.

Dr. Léonard
CP 11-114
Off. Philadelphie
Pennsylvanie

Assinatura do Anestesista

Centro Hospitalar Dr. José Evoide de Moura

Relatório de Operação

| | | | |
|----------------------------|---------------------------|---------------|-------|
| Nome do Paciente | José Melina Nobre Soárez. | | |
| Clinica | Geontostology | | |
| Operador | Fábio Cesar Melo Jr. | | |
| 1º Assistente | | 2º Assistente | |
| Instrumentador | | Anestesista | Fábio |
| Anestesia | | Duração | |
| Data da Operação | 16/10/19 | Inicio | Fim |
| Diagnóstico Pré-Operatório | Fratura do Tíbia E. | | |
| Diagnóstico Pós-Operatório | O meusso. | | |

Operação Proposta: Ressecção emerto + osteossíntese.

Descrição do Ato Operatório

- 1- Paciente em OR sob nártexio.
- 2- Abrepsoio + antissepsio + eparpor estéril.
- 3- Incisão na face intero-lateral do perno E, avulsão por planos, identificação do frotário do tíbio E.
- 4- Realizado reanexo emerto + osteossíntese com fixador externo de tíbia.
- 5- sutura do incisão.
- 6- Curativo empurrado.



CENTRO HOSPITALAR DR. JOSÉ EVÓIDE DE MOURA

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome do Paciente:

José Mauro sobre Fontes

Registro N°: 155781

Clínica:

Dermatologia

Enf:

Leito N°:

| DATA | HORA | EVOLUÇÃO |
|----------|------|--|
| 16/04/17 | 119 | <p>HO: Fratura da fibula L. Realizado, reanjo com esto + osteossíntese.</p> <p>CD: Solicito Rx controle.</p> <p><i>[Handwritten signature]</i></p> |
| 17/04/17 | 7:00 | <p>Paciente evolu bem, sem dor.</p> <p>Rx controle cosa bro retirada</p> <p>CD: Alto hospitalar.</p> <p><i>[Handwritten signature]</i></p> |

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. Identificação

Nome: José de Souza de Souza
Data de admissão: 16/04/2019

Requisito: 232940
Lente: 40101 Telefone: 28
Sexo: (X)M + F

2. Queixa principal e História da doença atual

fadiga de fome

3. Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Definitivo:

4. Antecedentes Pessoais:

- | | | | | |
|---|--|-------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cardiopatias | <input type="checkbox"/> Doenças fisiognomônicas | <input type="checkbox"/> Tabaqueira | <input type="checkbox"/> Convalescente | <input type="checkbox"/> Idoso |
| <input type="checkbox"/> Distúrbios psiquiátricos | <input type="checkbox"/> Alcoolismo | <input type="checkbox"/> Alcoólico | <input type="checkbox"/> HAB | <input type="checkbox"/> Encarcerado |

NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

5. Exame Físico

5.1 Estado Geral:

- | | | | | | |
|---|---|--|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gravida | <input checked="" type="checkbox"/> Hidratada | <input checked="" type="checkbox"/> Normocapnico | <input checked="" type="checkbox"/> 46 kg | <input checked="" type="checkbox"/> Arousa | <input type="checkbox"/> Fadiga |
| <input checked="" type="checkbox"/> Reputar | <input type="checkbox"/> Desidratada | <input type="checkbox"/> Hipocapnico | <input type="checkbox"/> 140 cm | <input type="checkbox"/> Ansiosa | <input type="checkbox"/> Cansado |
| <input type="checkbox"/> Boa | <input type="checkbox"/> Anorexica | <input type="checkbox"/> Hipercapnico | <input type="checkbox"/> 160 cm | <input type="checkbox"/> Depressa | <input type="checkbox"/> Dolorida |

Tepimento/Pelo:

5.2 Avaliação neurológica:

Nível de consciência:
 Consciente Sonoletivo Tornozelo Conus medullaris Cervical Espinal Soproletivo

5.3 Sistema Respiratório

Contínuo Episódico Suporte mecânico

Espnéico Dispnéico Hipotônico

suspensores Laringe Cateter nasal Macromedulogênio Máscara
Dreno torácico Soro Oxigênio Local

Aspecto da drenagem:
Mármoreo-Vesiculares: Presente Ausente Diminuído Local
Ruidos Adventícios: Ronco Sibilos Estridor Crispados Local
Tussa: Presente Ausente Seca Crustosa

5.4 Sistema Cardiovascular:

Ritmo Cardíaco: Regular Irregular Auscultar

Pulsos: Falso Céleres Ausente

5.5 Sistema Gastrointestinal:

Abdome: Flácido Tensão Distendido Doloroso Plano Globoso

Ascítico:

Ruidos Hidroáqueos: Presente Ausente Hipotônico Hipoatônico Estágio I Estágio II Estágio III Estágio IV Gasogênio Drenagem

Eliminações Intestinais: Constipação Diarréia Normal Flatos FM Infecção

Eructos: Presentes Absentas Arquejado

5.6 Sistema Gênito-urinário:

Diurese: Presente Ausente Hipotônica Hipoatônica ISVD ISMA Gestacionar Uropatia

Aspecto:

5.7 Sistema Musculoesquelético:

Mobilidade: Ativa Passiva

Momentos Conservadores: Sim Não

Força Motora: Conservada: Sim Não Local

MMSS:

Minha:

Observações do enfermeiro:

Necessidades Psicossociais

Atitudes: Cooperativo Não cooperativo Agitado Choroso Sôfímo Ansioso

Nível socio-econômico: Classe social: Alta Média

Condições de Moradia:

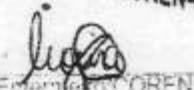
NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

Necessidades de acompanhamento espiritual: Sim Não

ACEITA visita para acompanhamento religioso: Sim Não

Data: 16/04/19

Mayara Karine da Silva Moura
COREN-PE 561013-ENF


Enfermeira OREN

SISTEMATIZAÇÃO ASSISTÊNCIA ENFERMAGEM

SAE

CLINICA MÉDICA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOOME: José Adilene Nogueira dos Santos
ENF.: Apt. 01

SEXO: M**LEITO:****DATA:** 16/04/19

| DADOS VITAIS | | | | | DRENAGENS | | | | | NÍVEL DE CONSCIÊNCIA | | | | |
|--------------|----|----|----|----|-------------|----|----|----|----|----------------------|------------------|------------|---------------|---------------|
| HORÁRIO | 12 | 18 | 24 | 06 | HORÁRIO | 12 | 18 | 24 | 06 | () CONSCIENTE | () ALERTA | () SEDADO | () SONOLENTO | () TORPOROSO |
| PA | | | | | DIURESE | | | | | () COMATOSO | () INCONSCIENTE | | | |
| T | | | | | SNG | | | | | | | | | |
| P | | | | | DRENO TORAX | | | | | | | | | |
| R | | | | | OUTROS | | | | | | | | | |
| SpO2 | | | | | TOTAL | | | | | | | | | |
| HGT | | | | | | | | | | | | | | OUTROS: |

SISTEMA RESPIRATÓRIO

| RESPIRAÇÃO | SUporte VENTILATÓRIO | SECREÇÃO TRAQUEAL | VIA RESPIRATÓRIA |
|---------------|---|-------------------|-------------------|
| (X) EUPNEICO | (X) ESPONTÂNEAS | () SIM | |
| () DISPNEICO | () VM () CATETER O ² () VENTURI | (X) NÃO | () TRAQUEOSTOMIA |

SISTEMA CARDIOVASCULAR

| BATIMENTOS CARDIÁCOS | PULSO | PA | DROGAS VASOATIVAS | CATETER CENTRAL |
|----------------------|--------------------|----------------|-------------------|------------------|
| (X) REGULAR | (X) NORMOSFIGMICO | (X) NORMOTENSO | () SIM | VSC: D () E () |
| () IRREGULAR | () BRADISFIGMICO | () HIPERTENSO | () NÃO | VJI: D () E () |
| | () TRAQUISFIGMICO | () HIPOTENSO | TIPO: _____ | PVC: _____ |

SISTEMA DIGESTIVO

| TIPO DE ABDOME | ABDOME | DIETA | EVACUAÇÕES | DRENAGEM ABDOMINAL |
|----------------|-----------------------------|--------------------------------------|---|---|
| (X) GLOBOso | RUÍDOS HIDROAÉREOS | (X) V. O. | (X) NORMAIS | () PENROSE |
| () PLANO | (X) PRESENTE () AUSENTE | () SNE () SNG () PARENTERAL | () CONSTIPAÇÃO () DIARRÉIA () MELENA | () OSTOMIA () NENHUMA TIPO: _____ |

SISTEMA GENITO-URINÁRIO

| DIURESE ESPONTÂNEA | SVD | GENITALIA INTEGRA | ASPECTO DA URINA | | |
|--------------------|---------|-------------------|------------------|-------------------------------|----------------------------|
| (X) SIM | () SIM | (X) SIM | (X) CONCENTRADA | (X) CÍTRICO | () ANÚRIA |
| () NÃO | (X) NÃO | () NÃO | () LIMPIDA | () COLÚRICA () HEMATÚRIA | () POLIÚRIA () PIÚRIA |

AVALIAÇÃO DA PELE

| FERIDA OPERATÓRIA | | | | | |
|-------------------|----------------|------------------------------------|-----------|---------------|----------------|
| (X) HIDRATADA | () ICTÉRICA | () ULCERA PI/PRESSÃO LOCAL: _____ | CURATIVOS | ASPECTO | EXSUDATO |
| () DESIDRATADA | (X) ANICTÉRICA | () EDEMACIADA | (X) SIM | (X) LIMPA | () PRESENTE |
| () NORMOCORADA | () CIANÓTICA | () HEMATOMA | () NÃO | () INFECTADA | () AUSENTE |
| () HIPOCORADA | () ESCORIADA | () ESCORIADA | | | ASPECTO: _____ |

OSTEO ARTICULAR

| IMOBILIZAÇÃO | | | PERFUSÃO MEMBRO IMOBILIZAÇÃO | | |
|--------------|-------|-------------------------------|------------------------------|---------------|--|
| (X) SIM | LOCAL | () MSD () MSE (X) MID | () NORMAL | () CIANÓTICO | |
| () NÃO | | | | | |

NOME: José Adelino Machado Santos

- ALERGIA A _____
- ANSIEDADE
- COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
- CONFUSÃO AGUDA
- CONSTIPAÇÃO
- DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
- DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO/HIGIENE
- DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA HIGIENE ÍNTIMA
- DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA ALIMENTAÇÃO
- DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DAS VIAS AÉREAS
- DOR AGUDA
- DIARRÉIA
- EXCESSO DO VOLUME DE LÍQUIDO
- HIPOTERMIA
- HIPERTERMIA
- INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
- INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
- MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
- MUCOSA ORAL PREJUDICADA
- NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORais
- PADRÃO DO SONO PERTURBADO
- PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
- PERFUSÃO TISSULAR PERIFÉRICA INEFICAZ
- PERFUSÃO TISSULAR RENAL INEFICAZ
- RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO
- RISCO PARA QUEDA
- RISCO PARA INFECÇÃO
- RISCO PARA ASPIRAÇÃO
- RISCO PARA DISFUNÇÃO NEUROVASCULAR PERIFÉRICA
- RISCO PARA TEMPERATURA CORPORAL DESQUILIBRADA
- RISCO DE PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
- RISCO PARA SÍNDROME DE DESUSO
- RISCO PARA NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORais
- RISCO PARA VOLUME DE LÍQUIDO DESEQUILIBRADO
- RISCO PARA HIPOGLICEMIA E / OU HIPOGLICEMIA
- SÍNDROME DO DÉFICIT NO AUTOCUIDADO
- VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA
- VOLUME DE LÍQUIDO EXCESSIVO
- VOLUME DE LÍQUIDO DEFICIENTE

OUTROS _____

Neara Karine da Silva Moura
COREN-PE 561013-ENF

SISTEMATIZAÇÃO ASSISTÊNCIA ENFERMAGEM
SAE

ENF: LEITO: ADT: 01

DATA: 16/10/2019

NOME: Juri Adilma Lucine dos Santos

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

| | | HORÁRIO |
|---|---|---------------|
| X | REALIZAR LAVAGEM DAS MÃOS ANTES E APÓS QUALQUER PROCEDIMENTO | ROTINA |
| X | RESPEITAR PRECAUÇÕES E USO DE EPI'S CONFORME ROTINA DA CCIH | ROTINA |
| X | EXPLICAR PROCEDIMENTOS ANTES DE REALIZÁ-LOS | ROTINA |
| X | MANTER PROCEDIMENTOS DATADOS, IDENTIFICADOS E FIXADOS | ROTINA |
| X | DIMINUIR RUÍDOS AMBIENTAIS E ILUMINAÇÃO À NOITE | ROTINA |
| X | ELEVAR GRADES LATERAIS DA CAMA | ROTINA |
| X | TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO CONFORME PROTOCOLO | ROTINA |
| X | ASSINAR E CARIMBAR TODOS REGISTROS DE ENFERMAGEM | ATENÇÃO |
| X | ADMINISTRAR MEDICAÇÕES E FLUÍDOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA | ATENÇÃO |
| X | COMUNICAR SE TEMPERATURA <35,8° OU >37,2° | ATENÇÃO |
| X | PROPORCIONAR AQUECIMENTO EXTERNO SE TEMPERATURA <36°C E COMUNICAR | ATENÇÃO |
| X | REALIZAR COMPRESSAS FRIAS SE TEMPERATURA >37,4°C E COMUNICAR | ATENÇÃO |
| X | CONSIDERAR PERDAS EXTRAORDINÁRIAS (FEBRE, VÔMITO, DIARRÉIA, DRENOS E SONDAS) | ATENÇÃO |
| X | OBSERVAR, ANOTAR E COMUNICAR FREQUÊNCIA NÁUSEAS E VÔMITOS | ATENÇÃO |
| X | REGISTRAR FREQUÊNCIA DE EVACUAÇÕES E ASPECTO OU AUSÊNCIA E COMUNICAR | ATENÇÃO |
| X | OBSERVAR E ANOTAR DÉBITO URINÁRIO E SUAS CARACTERÍSTICAS. COMUNICAR ALTERAÇÕES | ATENÇÃO |
| X | OBSERVAR E ANOTAR PADRÃO VENTILATÓRIO. COMUNICAR ALTERAÇÕES | ATENÇÃO |
| X | OBSERVAR EM EXTREMIDADES: CIANOSE, PERFUSÃO, TEMPERATURA. COMUNICAR ALTERAÇÕES | ATENÇÃO |
| X | OBSERVAR PRESENÇA DE EDEMA EM MMSS E MMII, SE EDEMIACIADOS ELEVÁ-LOS E COMUNICAR | ATENÇÃO |
| X | OBSERVAR SINAIS DE DOR (TAQUICARDIA, HIPERTENÇÃO, DIAFORESE, TAQUIPNEIA) E COMUNICAR | ATENÇÃO |
| X | EM CASO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO FORA DO HORÁRIO PRESCRITO CHECAR NOVO HORARIO E COMUNICAR | ATENÇÃO |
| X | REGISTRAR REAÇÃO ADVERSÀ QUE O PACIENTE POSSA TER APOS MEDICAÇÃO E COMUNICAR | ATENÇÃO |
| X | REALIZAR, OBSERVAR PRECISÃO DA INFUSÃO DE SOROS A CADA 3 HORAS | ATENÇÃO |
| X | REALIZAR E OBSERVAR SSVV DE 06,06 h | Atenção |
| | ASPIRAR SNG/SNE ANTES DE INSTALAR AS DIETAS. LAVAR SONDAS APÓS A DIETA | |
| | ASPIRAR VAS/TOT/TRAQUEOSTOMO / H E TOALETE BRÔNQUICA S/N | |
| | COLOCAR / MANTER COLCHÃO CAIXA DE OVO E USAR BLOCOS DE ESPUMA PARA APOIO | |
| | COMUNICAR SE SPO ₂ <92% | SECRETARIA DE |
| ✓ | CONFERIR CUIDADOSAMENTE ENTRADA / SAÍDA NO BALANÇO HÍDRICO | |
| | CONTER MMSS E /OU MMII SE APRESENTAR AGITAÇÃO | Atenção |
| | HIDRATAR E MASSAGEAR PELE 03 X AO DIA E A CADA MUDANÇA DE DECÚBITO | |
| ✓ | INSTALAR DIETA RIGOROSAMENTE NOS HORARIOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA / NUTRIÇÃO | |
| | INTERROMPER FLUXO DE DIETA DURANTE PROCEDIMENTOS | Atenção |
| | MANTER CABECEIRA ELEVADA A GRAUS PARA REPOUSO, E GRAUS PARA INFUSÃO | |
| | MINISTRAR OXIGENOTERAPIA L/M - UMIDIFICADA S/N | |
| ✓ | OBSERVAR E ANOTAR COMPORTAMENTO NEUROLÓGICO. COMUNICAR ALTERAÇÕES | |
| | PROTEGER PROEMINÊNCIAS ÓSSEAS | Comunicação |
| | REALIZAR CURATIVO X AO DIA EM REGIÃO: | |
| | REALIZAR HGT DE / COMUNICAR SE HGT <70 MG/DL OU HGT>150MG/DL | |
| | REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO A CADA 02 HORAS | |
| | REALIZAR / AUXILIAR NA HIGIENE CORPORAL 01 X AO DIA E S/N | |
| | REALIZAR / AUXILIAR NA HIGIENE ORAL E OCULAR 02 X AO DIA | |
| | TROCAR AMBU A CADA 24 HORAS OU QUANDO NECESSÁRIO | |
| | TROCAR CIRCUITO DA LINHA ARTERIAL CONFORME PROTOCOLO | |
| | TROCAR UMIDIFICADOR/ FILTRO A CADA 07 DIAS OU QUANDO NECESSÁRIO HOJE ()SIM () NÃO | |

Mayara Karine da Silva Moura
COREN-PE 561013-ENF

SISTEMATIZAÇÃO ASSISTÊNCIA ENFERMAGEM
SAE

CLINICA MÉDICA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: José Adilene Machado dos Santos

SEXO: M

ENF.: Apt. 01

LEITO:

DATA: 16/04/19

| DADOS VITAIS | | | | | DRENAGENS | | | | | NÍVEL DE CONSCIÊNCIA | | | | |
|---------------------|----|----|----|----|------------------|----|----|----|----|-----------------------------|--|--|--|--|
| HORÁRIO | 12 | 18 | 24 | 06 | HORÁRIO | 12 | 18 | 24 | 06 | () CONSCIENTE | | | | |
| PA | | | | | DIURESE | | | | | () ALERTA | | | | |
| T | | | | | SNG | | | | | () SEDADO | | | | |
| P | | | | | DRENO TORAX | | | | | () SONOLENTO | | | | |
| R | | | | | OUTROS | | | | | () TORPOROSO | | | | |
| SpO2 | | | | | TOTAL | | | | | () COMATOSO | | | | |
| HGT | | | | | | | | | | () INCONSCIENTE | | | | |
| | | | | | | | | | | OUTROS: | | | | |

SISTEMA RESPIRATÓRIO

| RESPIRAÇÃO | SUporte VENTILATÓRIO | SECREÇÃO TRAQUEAL | VIA RESPIRATÓRIA |
|-------------------|---|--------------------------|-------------------------|
| (X) EUPNEICO | (X) ESPONTÂNEAS | () SIM | |
| () DISPNEICO | () VM () CATETER O ² () VENTURI | (X) NÃO | () TRAQUEOSTOMIA |

SISTEMA CARDIOVASCULAR

| BATIMENTOS CARDIÁCOS | PULSO | PA | DROGAS VASOATIVAS | CATETER CENTRAL |
|-----------------------------|---|---------------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| (X) REGULAR | (X) NORMOSFIGMÍCOS | (X) NORMOTENSO | () SIM | VSC: D () E () |
| () IRREGULAR | () BRADISFIGMÍCICO () TRAQUISFIGMÍCICO | () HIPERTENSO () HIPOTENSO | () NÃO TIPO: _____ | VJI: D () E () PVC: _____ |

SISTEMA DIGESTIVO

| ABDOME | DIETA | EVACUAÇÕES | DRENAGEM ABDOMINAL |
|--|---|---|--|
| TIPO DE ABDOME (X) GLOBOso () PLANO | RUIDOS HIDROAÉREOS (X) PRESENTE () AUSENTE | (X) V. O. () SNE () SNG () PARENTERAL | (X) NORMAIS () CONSTIPAÇÃO () DIARRÉIA () MELENA |
| | | | () PENROSE () OSTOMIA () NENHUMA TIPO: _____ |

SISTEMA GENITO-URINÁRIO

| DIURESE ESPONTÂNEA | SVD | GENITÁLIA INTEGRA | ASPECTO DA URINA | | |
|---------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------------|--|--|
| (X) SIM | () SIM (X) NÃO | (X) SIM () NÃO | (X) CONCENTRADa () LIMPIDA | (X) CÍTRICO () COLÚRICA () HEMATÚRIA | () ANÚRIA () POLIÚRIA () PIÚRIA |
| () NÃO | | | | | |

AVALIAÇÃO DA PELE

| HIDRATADA | ICTÉRICA | ULCERA PI PRESSÃO | CURATIVOS | ASPECTO | EXSUDATO |
|------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|----------------------------|-----------------------------|
| () DESIDRATADA | (X) ANICTÉRICA | LOCAL: _____ | (X) SIM () NÃO | (X) LIMPA () INFECTADA | () PRESENTE () AUSENTE |
| () NORMOCORADA | () CIANÓTICA | GRAU: _____ | | | ASPECTO: _____ |
| () HIPOCORADA | () EDEMACIADA | | | | |
| | () HEMATOMA | | | | |
| | () ESCORIADA | | | | |

OSTEO ARTICULAR

| IMOBILIZAÇÃO | LOCAL | PERFUSÃO MEMBRO IMOBILIZAÇÃO |
|---------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| (X) SIM | () MSD () MSE (X) MID | () NORMAL () CIANÓTICO |
| () NÃO | | |

| INTERCORRÊNCIAS NO DECORRER DO PLANTÃO DIURNO | INTERCORRÊNCIAS NO DECORRER DO PLANTÃO NOTURNO |
|---|--|
| Materiais Utilizados Data 16/04/2019 | Materiais Utilizados Data 16/04/2019 |
| Equipo 1 | Equipo 3 |
| Cateter Jelco 1 | Cateter Jelco |
| Scalp | Scalp |
| Espasadapo 40 cm | Espasadapo |
| Algodão Bola 02 bolas | Algodão Bola |
| Luva Procedimento 01 par | Luva Procedimento |
| Seringa 5cc | Seringa 5cc |
| Seringa 10cc □ | Seringa 10cc □ |
| Seringa 20cc | Seringa 20cc |
| Seringa Insulina | Seringa Insulina |
| Multivias | Multivias |
| Akulhas Descartáveis □ | Akulhas Descartáveis □ |
| Outros: | Outros: |

| INTERCORRÊNCIAS NO DECORRER DO PLANTÃO DIURNO | INTERCORRÊNCIAS NO DECORRER DO PLANTÃO NOTURNO |
|---|--|
| DATA: 16/04/2019 | DATA: 16/04/19 |
| HORA: | HORA: |
| Paciente admitido para realizar procedimento composto por M ^o Enema com Fáscia, m ^o tbc, lumbocostal, costal, costal, com mobilidade em NED, punzecagem clínica periférica, agudo em tórax sob os cuidados da enfermagem. <i>Juci</i> | Paciente em POF, evoluindo ECR, consciente, com tórax, abdominal, hidrocefálico, atrial, com auscultação normal, sem edema periférico mas, sem medicamento c ^o m, com curto oculorum em F2, sem náuseas no apartamento, não sente dor no momento, sob os cuidados de enfermagem <i>Juci</i> |
| Mayara Karine da Silva Moura COREN-PE 561013-ENF | Mayara Karine da Silva Moura COREN-PE 561013-ENF |



Casa de Saúde
Dr. José Ezequiel de Moura

Telefone: (87) 3838-1304 / 1591 / 2452
1965 / 1063 / 2926 / 1701
Celular: (87) 9947-0105 / 9650-1514

CENTRO MÉDICO



EDSON MOURA
Telefax: (87) 3838-1701
9650-1514



Centro Diagnóstico Júnior Moura
Telefax: (87) 3838-2926
9943-0001



Farmácia Michelle
Fone: (87) 3838-2636

Rua Aparício Veras, 411 - CEP: 56.800-000 - Centro - Alagados da Ingazeira - PE

ESPECIALIDADES

Cirurgia Geral,
Ginecologia e Obstetrícia,
Clínica Médica,
Pediatría,
Ortopedia,
Traumatologia,
Cardiologia,
Oftalmologia,
Dermatologia,
Urologia,
Cirurgia Plástica,
Cirurgia Vascular,
Cirurgia Buco Maxilo,
Neurologia,
Otorrinolaringologia,
Psicologia,
Fisioterapia.

EXAMES

Tomografia Computadorizada
Ultra-Sonografia
Densitometria Óssea
Mamografia Digital
Eletrocardiograma
Eco-cardiograma
Teste Ergométrico Comp.
Endoscopia Digestiva
Laboratório
Raio X Digital
Eletroencefalograma
Video Laparoscopia Diagnóstica
Cardiotocografia Fetal
Histeroscopia Diag. e Cirúrgica
Laringoscopia
Estudo Urodinâmico
Audiometria.

RECEITUÁRIO

José Azevedo Nobre

Lolita

- A + do lado E

do APº perfil.

30/12/1999.

Dr. Francisco C. Nóbrega Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM PE 15222 *CRN 11.021*



Centro Hospitalar Dr. José Evóide de Moura

J. MOURA SOARES LTDA. S/C

Prescrição Médica e Relatório de Enfermagem

me do Paciente: José Valente Moreira J.

Sótease Diagnóstica: *Frost* *stibio* E . Enfermaria

Leito

Registro N°:

| DATA | HORA | PRESCRIÇÃO MÉDICA | HORA DE APLICAÇÃO DA MEDICAÇÃO |
|-----------|------|--|---|
| 16/10/119 | | 1 - Rista direita 2 - SF-0911-10000L T/C, 14/0x / mrx 3 - Cefalotino 7g T/C, 6/6 Fr. 4 - Klorinex 1000 T/C T/C, 6/6 Fr. 5 - Zidatil 1000 T/C, 12/12h. 6 - Bromel 100 mg + SF-0911-1000L, T/C, 12/12h. S/ ST 7 - CCC 615500 <i>o ferimento</i> | 14/0x / mrx 12/12h 10/09 ST SA 15/10 SA SA 16/09 ST 16/09 SA 16/09 SA 16/09 SA 16/09 SA <i>cuidado</i> |

1910419 Nets from Col

~~to Cor.~~

C5

Todas as anotações feitas, devem ser rubricadas pelo responsável

SUS

S

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 2336812 CGC/CPF: 08.778.268/0015-66
NOME: HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA FILOMENA
END.: RUA EPAMINONDA DE AZEVEDO, S/N
MUNICÍPIO: MONTEIRO ESTADO: PARÁBA UF: 25

Tipo de Atendimento: ACIDENTE DE MOTO

Nome: JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS

José Adelmo Nobre dos Santos
Chefe do Faturamento 2019-2020
Matrícula 209678

Mãe: IRACI MARIA NOBRE DOS SANTOS

Raça/Cor: PARD

Profissão: AGRICULTOR

Endereço: SITIO CARU

Bairro: ZONA RURAL

Município-UF - CEP - IBGE: IGUARACI - PE - 56840000 - 260690

Telefone para contato (83) 3351-2204 / (87) 98866-2136 CNS: 161996218090000

Data e Hora: 13/04/2019 12:19:26

Documento: RG: 8.814.334

Nº

Sexo: M

1. SFP 9.3K MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS
2. Difusor 3.1P 4.7M 14/36
3. Tintas 4.0 10-2 10m 14/36
4.

CARÁTER DO ATENDIMENTO

- 01 - ELETIVO
 02 - URGÊNCIA
 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVICO DA EMPRESA
 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição:

Notificado
Neutroizado em Saúde
Vigilância em Saúde

DIAGNÓSTICO:

CID-10:

Transferido: 13:10

PESO: PA: TEMP:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)
Ponto: Anamnese: A grande dor intensa.
Fazia parte da constelação: Onze. Nós futebolista de campo.

MEDICAÇÃO:
 1. PRESCRITA
 2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO:
 OBSERVAÇÃO
 OUTRO HOSPITAL
 RÉSIDENCIA
 ÓBITO
 OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

1 -

2 -

3 -

ASSISTENTE PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S): CARMBOIS

MEDICA

C.234-P3/10517

MÉDICO / CNS / CRM

GABRIELA BITTENCOURT 00000000000000000000 - CRM - PB 10517

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

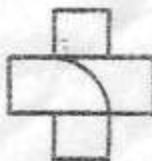
RESULTADOS

ASS. DO REVISOR TÉCNICO

CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO

CARIMBO



SUS

Sistema
Único de
Saúde

SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMPLEXO DE SAÚDE DE MONTEIRO



FLUXO DE REFERÊNCIA INTRA E INTER-REGIONAL

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

FICHA DE ENCAMINHAMENTO Nº.: _____ CLÍNICA:

DO HOSPITAL REGIONAL SANTA FILOMENA.

PARA O HOSPITAL: Hospital de Trauma de Cegos
MÉDICO CONTACTADO: Dra. Renata (Ortopedista)

José Augusto Leal
Chefe do Padramento/Ambulatório
Matrícula: 209.621-9

DATA: 13/07/119

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

NOME: José Adelmo Nogueira Soárez

PROFISSÃO: _____ DOC.: _____ Nº: _____ IDADE: _____

ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____

MUNICÍPIO: _____ ESTADO: _____

José Augusto Leal
Chefe do Padramento/Ambulatório
Matrícula: 209.621-9

ANAMNESE E EXAMES FÍSICOS SUMÁRIOS

José Augusto Leal
Chefe do Padramento/Ambulatório
Matrícula: 209.621-9

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

José Augusto Leal
Chefe do Padramento/Ambulatório
Matrícula: 209.621-9

DIAGNÓSTICO

PROVÁVEL: _____

| |
|-------------------|
| EXCELSIOR SEGUROS |
| 19 JUL. 2019 |
| CID: _____ |
| SEGURO DPVAT |

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

José Adelmo Nobre dos Santos

Paciente vítima de acidente de trânsito por colisão entre motos no dia 31 de abril de 2019 em estrada vicinal Monteiro – PB deu entrada no Hospital Regional local e transferido para CHJEM – Afogados da Ingazeira – PE onde recebeu atendimento médico para fratura exposta dos ossos da perna E com osteosintese recebendo alta hospitalar 17 de abril de 2019 e foi submetido a uma segunda internação Hospitalar para nova reparação cirúrgica de Osteomielite tibial aguda realizado no HREC – Afogados da Ingazeira – PE desde então vem apresentado reinfecções frequentes e encaminhado com orientação de continuar tratamento médico ambulatorial.

Na avaliação clínica de sequelas por mim realizado ao paciente dia de hoje sob exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobra, tem o paciente apresentando-se com sequela grave de fratura múltiplas na perna E com vasto ferimento não cicatrizado com supurações sequestro ósseo vasta extensão de tecido friável e coloração avermelhada e tumefações superficiais dérmicos abrangendo todas as camadas internas e com erosões de toda estrutura óssea da tíbia E, quando de mal prognóstico incurável instável que não responde bem aos tratamentos que lhe se são submetidos por ter infecções por focos bacterianos intra-tramellar da estrutura óssea tibial servindo sempre como ponto de partida de novas reinfestações, perda de 100% para todas as funções mecânicas laborativas ou trabalhistas do membro inferior E e que necessitem delas, deve permanecer sob controle ambulatorial perene Seculum Seculorum et.

Paciente como se apresenta ao exame físico de hoje, e exclusivamente hoje, podendo variar conforme evolução e resposta clínica do mesmo com o passar dos dias e sendo de reservado prognóstico

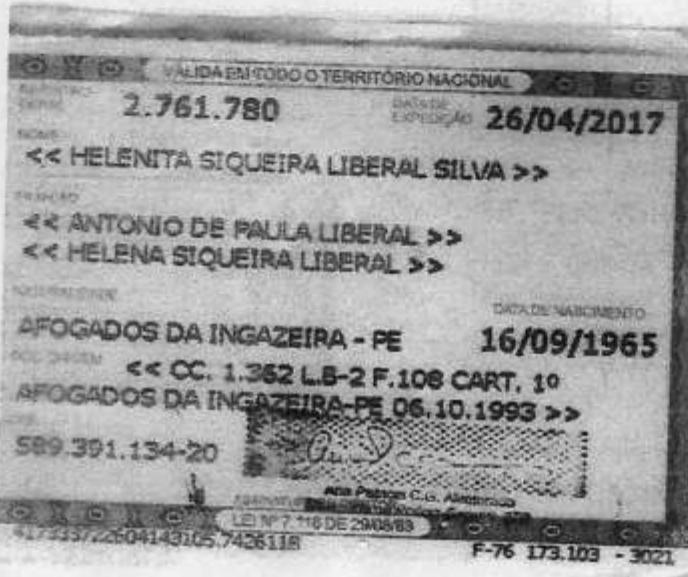
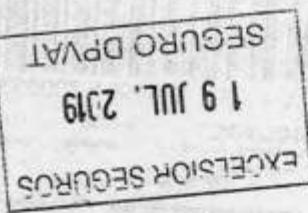
PS: quadro clínico descrito ao um retrato do que o paciente apresenta ao físico exclusivamente do dia de hoje, podendo variar caso à caso com o passar dos dias.

Atenciosamente,

Afogados da Ingazeira, 25 de outubro de 2019



Dr. Fred Veras
Reumatologia-Ortopedia
CRM 6688-PE CPF 129.098.314-34



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190438308
Nome do(a) Examinado(a): Jose Adelmo Nobre dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): 9991-2908, 770 Cs
Zona Rural Iguaçuci PE CEP: 56840-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 8814334
Data local do acidente: [13/04/2019]
Data local do exame: [12/11/2019] CUSTODIA [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DA TIBIA ESQUERDA

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO NO DIA 31/04/2019, COM FRATURA DA TIBIA ESQUERDA, FEITO CIRURGIA.

Complicações: FRATURA DA TIBIA ESQUERDA EVOLUINDO COM OSTEOMIELITE AGUDA

Data da Alta: VÍTIMA EM TRATAMENTO

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

EM TRATAMENTO (OSTEOMIELITE AGUDA)

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim **() Não**

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

() Sim **() Não**

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

(X) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em 60 dias

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

João Lopes de Barros Filho

João Lopes de Barros
Clínica Médica
Médico do Trabalho
CRM-PE: 15.988
CRM-PB: 10.208

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Dr. João Lopes de Barros Filho

CPF - 475.799.434-68

CRM/PE - 15988