

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190677754 **Cidade:** Panelas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA **Data do acidente:** 17/07/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 2º METACARPO DA MÃO ESQUERDA.
TRAUMA CONTUSO NO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA PERICIADA EM 13/12/2019. APÓS FEITA REANÁLISE, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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: 3190677754 **Cidade:** Panelas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA **Data do acidente:** 17/07/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 2º METACARPO DA MÃO ESQUERDA.
TRAUMA CONTUSO NO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA PERICIADA EM 13/12/2019. APÓS FEITA REANÁLISE, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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: 3190677754 Cidade: Panelas Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA Data do acidente: 17/07/2019 Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO PUNHO ESQUERDO.
TRAUMA ABDOMINAL (RENAL).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: LATERALIDADE DIVERGENTE_SOLICITO 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
Lesões de órgãos e estruturas abdominais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190677754 **Cidade:** Panelas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA **Data do acidente:** 17/07/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO PUNHO ESQUERDO.
TRAUMA ABDOMINAL (RENAL).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: LATERALIDADE DIVERGENTE_SOLICITO 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
Lesões de órgãos e estruturas abdominais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0433476/19

Vítima: AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA

CPF: 821.409.604-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/07/2019

Titular do CPF: AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA : 821.409.604-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 04/12/2019

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Data do cadastramento: 04/12/2019

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0433476/19

Número do Sinistro: 3190677754

Vítima: AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA

CPF: 821.409.604-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/07/2019

Titular do CPF: AUTO MAERBY GUERRA
MENDONCA

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 26/12/2019

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Data do cadastramento: 26/12/2019

Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

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, 05 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190677754

Vítima: AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA

Data do Acidente: 17/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA

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, 12 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190677754

Vítima: AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA

Data do Acidente: 17/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA

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, 25 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190677754

Vítima: AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA

Data do Acidente: 17/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000001295

Conta: 0000013714-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 08 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190677754

Vítima: AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA

Data do Acidente: 17/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 07/01/2020, 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 153333241





BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PRF

PROTÓCOLO: Nº 19038039B01



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o site: www.prf.gov.br/novobat /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por LAURO PAIS, matrícula 1461712, Policial Rodoviário Federal, em 22/07/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19038039B01 e o número de controle 16647D3CE106AD653FD3A4E032691C.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 19038039B01

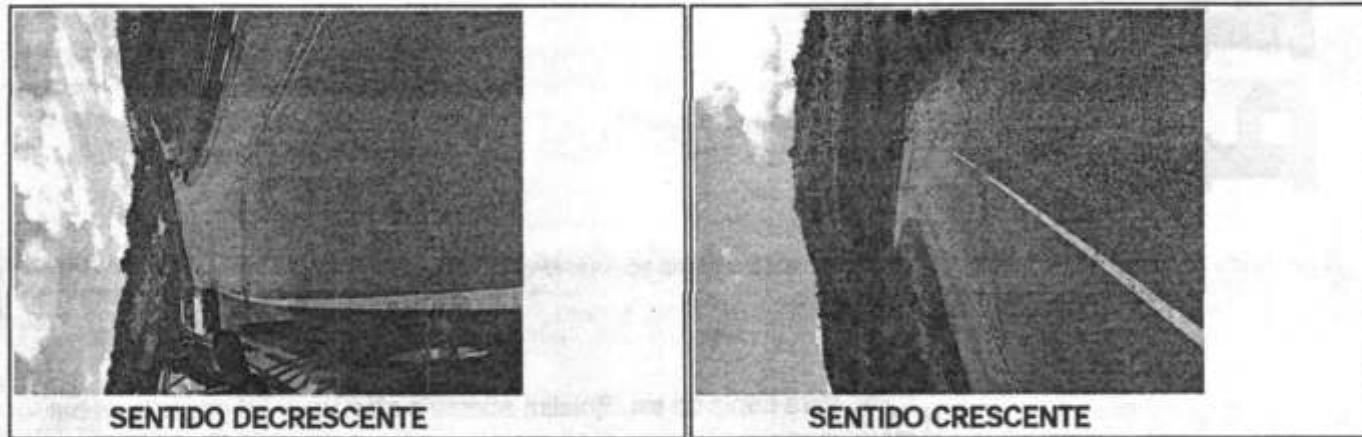
INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 17/07/2019 Hora: 11:30 Município: PANELAS/PE
BR: 104 KM: 118,6 Sentido: Decrescente
Policial responsável pelo atendimento: LAURO PAIS, 1461712

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Simples	Condicionamento da Pista: Seca
Estrutura Viária: Curva	Localidade urbanizada: Não
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Não
Condicionamento meteorológico: Céu Claro	Fase do dia: Pleno dia

IMAGENS PANORÂMICAS



NARRATIVA

No dia 17/07/2019, às 12h30min, a equipe PRF foi acionada para atender um acidente ocorrido na BR 104, km 118,6, no município Caruaru/PE. Chegando ao local, às 13h20min, encontramos o veículo tombado, fora do leito carroçável, com o condutor preso às ferragens. Estavam presentes no local uma viatura do SAMU e um equipe do Corpo de Bombeiros. O acidente, do tipo saída do leito carroçável, envolveu o veículo V1 GTK-6280/. V1 seguia o fluxo da via, deslocando-se sentido Quipapá - Caruaru, quando, na "curva do criminoso", os freios falharam e, não podendo reduzir a velocidade, V1 traspassou a proteção existente margeando o acostamento e veio a cair barranco abaixo. V1 estava carregado de cerâmica, tracionando um semi-reboque. A velocidade regulamentada na via é de 100km/h. Foi detectada uma marca de frenagem de 15 metros sobre a via. Não foi possível acessar o disco de tacôgrafo do veículo. A via estava com a sinalização horizontal e vertical em ordem e com o pavimento em bom estado de conservação. Quanto às condições ambientais, a pista estava seca no momento do impacto. O acidente vitimou de forma grave o sr. Maebe Guerra Mendonça, que foi encaminhado primeiramente para o Hospital Nossa Senhora de Fátima. Não foi possível realizar o teste de etilômetro na vítima tampouco houve preenchimento do Termo de Declaração de Envolvido. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações do levantamento do local de acidente, concluiu-se que o fator principal do acidente foi defeito mecânico.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por LAURO PAIS, matrícula 1461712, Policial Rodoviário Federal, em 22/07/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19038039B01 e o número de controle 16647D3CE106AD853FD3A4E032691C.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

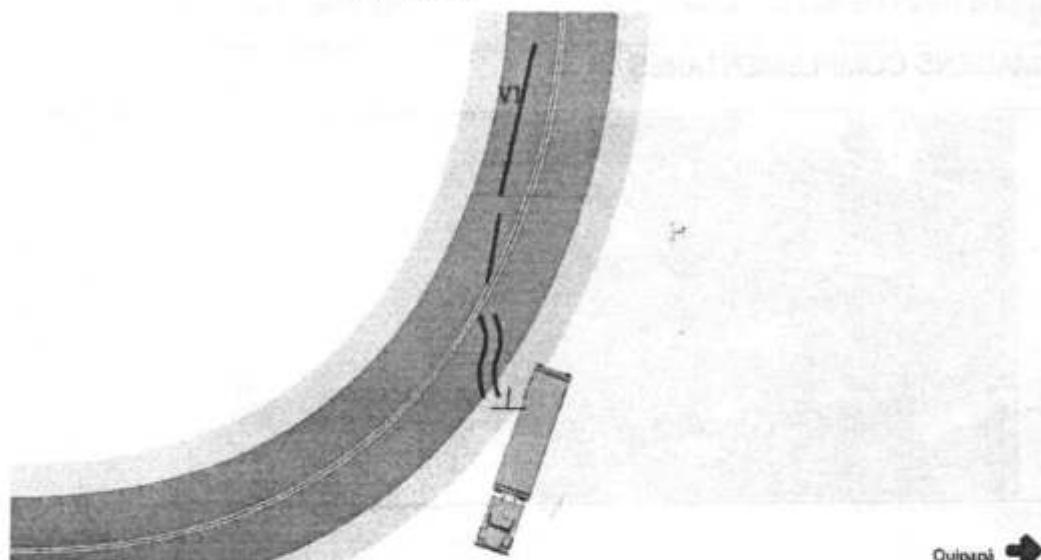
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 19038039B01



CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local preservado



AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Saída de leito carroçável	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Deslizamento (m)	Arrastamento (m)

DANOS COLATERAIS

Ao Patrimônio da União: Dano à defensa que separa o acostamento do barranco.

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento

V1 - VEÍCULO 1 - GTK6280 - CAMINHÃO-TRATOR

V1 - Informações

Placa: GTK6280 Marca/modelo: VOLVO/NL12 360 4X2T EDC
Ano fabricação: 1996 Chassi: 9BVN5A7A0TE654709

Renavam: 00655747532
Tipo de veículo: Caminhão-trator

Espécie: Tração Categoria: Aluguel
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

Cor: Branca



Documento assinado eletronicamente por LAURO PAIS, matrícula 1461712, Policial Rodoviário Federal, em 22/07/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19038039B01 e o número de controle 16647D3CE106AD853FD3A4E032691C.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 19038039B01

V1 - Cronotacógrafo

Obrigatório para este tipo de veículo: Sim

Presente: Inacessível

V1 - IMAGENS COMPLEMENTARES



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por LAURO PAIS, matrícula 1461712, Policial Rodoviário Federal, em 22/07/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 1º da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19038039B01 e o número de controle 16647D3CE106AD853FD3A4E032691C.

191



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL**



**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 19038039B01**

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / VOLVO/NL12 360 4X2T EDC Placa: GTK6280 Nº BOAT: 19038039B01
Nome do Agente: LAURO PAIS Matrícula do Agente: 1461712 Data: 17/07/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteiras ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M	X		
2	Carroçaria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroçaria com o chassis.	M	X		
3	Para choque traseiro danificado.	M	X		
4	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M	X		
5	Avaria em qualquer um dos eixos	M	X		
6	Dano em qualquer componente do Sistema de frelos.	M	X		
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M	X		
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M	X		
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M		X	
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G	X		
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G	X		
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G	X		
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M	X		
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M		X	
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	
16	Air bags (se existir)	M		X	

Dano de Monta: Grande



Documento assinado eletronicamente por LAURO PAIS, matrícula 1461712, Policial Rodoviário Federal, em 22/07/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19038039B01 e o número de controle 16647D3CE106AD853FD3A4E032691C.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO N° 19038039B01

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA

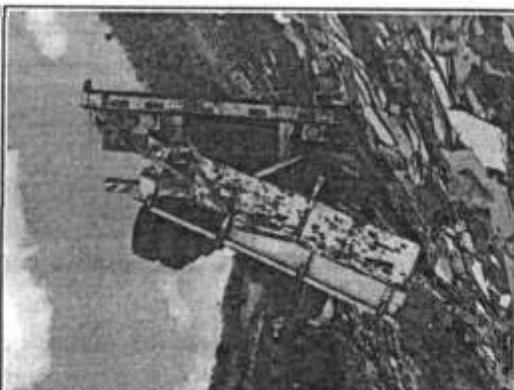


IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por LAURO PAIS, matrícula 1461712, Policial Rodoviário Federal, em 22/07/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do Inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19038039B01 e o número de controle 16647D3CE106AD653FD3A4E032691C.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 19038039B01**

V1 - Proprietário

Nome: RICARDO JOSE DO NASCIMENTO
Email:
Endereço: SURUBIM-PF

CPF/CNPJ: 039.678.044-02
Telefone:

V1C - CONDUTOR DE V1 - AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA

V1C - Informações

Nome: AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA
CPF: 821.409.604-91
Sexo: Masculino
Usava cinto de seguranca: Sim

Data de Nascimento: 26/06/1972
Estado civil: Divorciado(a)
Estado físico: Lesões Graves

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AE
UF: PE
Observações CNH: 99

Primeira habilitação: 27/10/1990
Vencimento da habilitação: 05/12/2022

Nº Registro: 02489602337
Motorista profissional: Não

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: JERONIMO HERACLIO, 0166, CASA, CENTRO, SURUBIM-PE
Telefone: 8196562800 Email:

V1C - Encaminhamento



Assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por LAURO PAIS, matrícula 1461712, Policial Rodoviário Federal, em 22/07/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19038039B01 e o número de controle 16647D3CE106ADB53FD3A4E032691C.

191

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 821.409.604.91 4 - Nome completo da vítima: AUTO MAERBY GUEIRRA MENDONÇA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL)- CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	AUTO MAERBY GUEIRRA MENDONÇA			6 - CPF:	821.409.604.91
7 - Profissão:	REC INF	8 - Endereço:	RUA JERÔNIMO HERACLITO		9 - Número: 100
11 - Bairro:	CENTRO	12 - Cidade:	SURUBIM	13 - Estado:	PE
15 - E-mail:				14 - CEP:	55750-000
				16 - Tel.(DDD):	82-99700-1998

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

<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)

AGÊNCIA: 1295 CONTA: 13714 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nasceu? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

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

NÃO ALFABETIZADO
Incapacidade
de ler e
escrever
ou que
não
conseguem
fazê-lo
corretamente

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SURUBIM 02/12/1997
Auto Maerby Gueirra Mendonça

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o paciente **MAERBY GUERRA MENDONÇA**, brasileiro, portador de CPF de nº 821.409.604-91 residente ao município de Suribim PE, deu entrada em emergência nesta unidade no dia 17/07/19 às 15:58hs vítima de acidente automobilístico de acordo com o prontuário de nº 1124.564 Cópia da ficha de emergência segue em anexo.

Panelas, 27 de novembro de 2019.

Iris Cavalcante B. Silva
Diretora Hosp. N. S. Fátima
Panelas/PE
6724


Iris Cavalcante Barboza da Silva
Diretora Administrativa



HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA
SECRETARIA DE SAÚDE

+ Acidente na BR.

FICHA DE EMERGÊNCIA

Trauma HMA Nenha: 5729544.

Hora: 15:58 Data: 17/07/19 Prontuário: 1224.564 sexo: M

Nome: Maerbe Guerra Mendonça

Cartão SUS: Profissão: Motorista

DN: 26/06/72 Idade: 47 Estado Civil: S

Cônjugue:

Filiação:

Mãe: Lucília Guerra Mendonça

Pai:

Endereço: Surubim

Equipe Plantonista:

Médico: Vanet Enfermeiro: Érica

Técnicos de Enf: Eliangela, Mariana, Paula S

Triagem da Enfermagem

Uso de medicamentos: () sim () Não Quais:

Reações alérgicas: () sim () Não Quais:

DM () HAS ()
SSVV: PA: 136/100 FC: 108 T: _____ SPO2: 95% Peso: _____
FR: _____ HGT: 291

Principais queixas:

- | | | |
|-------------------|---------------------|---------------------|
| () Cefaléia | () Enxaqueca | () Queixa urinária |
| () Cervicalgia | () Epigastralgia | () Taquicardia |
| () Constipação | () Epistaxe | () Tonturas |
| () Convulsão | () Escotomas | () Vertigens |
| () Desmaio | () Febre | () Vômitos |
| () Diarréia | () Gastroenterite | |
| () Dispneia | () Hérnia | |
| () Dor Abdominal | () IVAS | |
| () Dor articular | () Lombalgia | |
| () Dor MMSS | () Mal estar geral | |
| () Dor Nefrética | () Mialgia | |
| () Dor Pélvica | () Nauseas | |
| () Dor tórax | () Oftite | |
| () Dor costelas | () Otorragia | |
| | () Perdas vaginais | |

Outras queixas:

COREN/Assinatura

E-mail: hospitalpanelasoe@gmail.com Fone: (81) 3691-1106

História da Doença:

Paciente vítima de acidente
apertamento que encapetou a capota
e ficou preso na lâmina, de 11-30 da manhã
apresentando traumatismo

Exame Físico: Traumatismo Ombro (E) com suspeita de
fratura; traumatismo M Lnt (E)

Abdome Doloroso; sem lesão peritoneal
(Glasgow 15. Consulta: Orientado)

Diagnóstico provisório:

Traumatismo Ombro (E) Possível
fratura

Conduta:

- Voltaren-01 FA ± M

- Tramal (50mg) -02 FA ± M.



CRM/Assinatura

Endereço: Rua Joel Raimundo, S/N Centro - Panelas-PE. CNPJ: 10.292.4250001-75
E-mail: hospitalpanelaspe@gmail.com Fone: (81) 3691-1106

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: 19/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01295

CONTA: 000000013714-6

Nr. da Autenticação 51A88A8BE1B13033



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Cooperativa Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111 - Sua Vista, Recife - PE, CEP 50050-903
CNPJ 10.835.312/0001-08 | Insc. Est: 0005943-03 | www.ceipe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CEP 070 電子表格

CENTRYS PUBLIM

CLASSE FICAÇÃO

R1 RESIDENTIAL
RESIDENTIAL

079765277	UNICA	03/10/2019
07/10/2019	201000342956	3752791

DATA EMISSAO	MES/ANO
1518976016	10/2019
DATA INICIO	DATA FIM
14/10/2019	07/11/2019
TOTAL DE PAGAMENTOS	106.97

日本語翻訳版由 田中 稔の「TA」著者による

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Aberto (Wh)	114.000.000	0,81069457	92.41
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,57
Acréscimo Bandeira VERMELHA			5,20
Curado - Rum - Pública Municipal			6,94
ICMS Subvenção CIDE-PI 088/2017-23-04/07/19			1,24
ICMS Subvenção CIDE-PI 07105/0072-03/06/19			0,08

TEXT 61 丁惟汾与启功

卷之三

DEMONSTRATING THE CONTINUOUS DEFORMATIONAL MODEL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DNAB	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
02 PERIS	1,81	04/05/2018	37 472,00	11/05/2018	37 686,90	31	1,00000		114,00

第二部分：基础与实践

Mesmo Mês	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Geração de Energia	R\$ 31,06	31,06%
SET/18 114				Transmissão	R\$ 3,91	3,41%
SET/18 99	ICMS	38,23	14,58	Setor Básico (Cobras)	R\$ 31,75	21,07%
AGU/18 121	PIS	36,23	12,86	Perdas de Energia	R\$ 6,92	6,84%
JUL/18 178	COFINS	36,23	1,34	Energias Básicas	R\$ 4,87	4,80%
JUN/18 171				Folhetos	R\$ 31,04	31,21%
MAR/18 211				Total	R\$ 84,23	100%
ABR/18 190						
MAR/18 161						
FEV/18 174						
JAN/18 181						
DEC/18 306						
NOV/18 198						
OCT/18 194						

www.ONLINEGURU.NET

Pague su cuota mensual por el uso de Internet en la medida que las autoridades federales han establecido. Una cuota de Internet consta de dos partes: una cuota básica que se aplica a todos los servicios de Internet y otra cuota que varía según el tipo de servicio.

1990-1991
1991-1992
1992-1993
1993-1994
1994-1995
1995-1996
1996-1997
1997-1998
1998-1999
1999-2000

—
—

DATA FROM PREDATOR-DETECTION

卷之三

www.dreamhost.com



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Bua Vista, Recife - PE, CEP 50055-902
 CNPJ 10.835.932/0001-08 | Inscrição Estadual 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 Rua 1000, nº 1000, Bairro: MOURA DE A. FERNANDES

ENERGÉTICO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 Rua 1000, nº 1000, Bairro: MOURA DE A. FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

CENTRO/SURUÍBIM
 SURUÍBIM PE
 55751-000

CLASSIFICAÇÃO
 BT RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL

7005749888 10/2019

Nº DA NOTA FISCAL	PERÍO.	PERÍO.
DATA EMISSÃO	DATA	PERÍO.
07/10/2019	07/10/2019	07/11/2019
07/10/2019	07/11/2019	07/11/2019

 DATA DE EMISSÃO: 14/10/2019
 DATA DE VENCIMENTO: 07/11/2019
 TOTAL A PAGAR (R\$) 102,74

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL		QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)		108.000,0000	0,8100252	87,55
Acréscimo Bandeira AMARELA				0,50
Acréscimo Bandeira VERMELHA				5,01
Contrib. Rum. Pública Municipal				6,84
ICMS Subvenção COE-NF 00022478-04/07/19				0,79
ICMS Subvenção COE-NF 072044203-05/08/19				0,80
Multa por atraso-NF 075940784-14/09/19				1,35
Juros por atraso-NF 075940784-04/09/19				0,11

TOTAL DA FATURA: 102,74

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA ANTERIOR	DATA	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
K07914	1,0,1	04/09/2019	36.217,00	07/10/2019	36.327,00	3	1.00000		108,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

INFORMAÇÕES DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Jul/19 — 406		SÁB. DE CALCULO	%	VALOR DO IMPORTE	
SET/19 — 91		01/09	25,00	23,30	
AGO/19 — 113		01/09	1,20	1,20	
SET/19 — 113		01/09	1,20	1,20	
AGO/19 — 162					
MAI/19 — 163					
ABR/19 — 172					
MAR/19 — 168					
FEB/19 — 167					
JAN/19 — 167					
DEZ/18 — 176					
NOV/18 — 199					
OCT/18 — 133					
		Calcular Atividade		TARIFA APLICADA	
				0,5490000	
ESSA Fatura não é tributada com ICMS e COFINS.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Regulamento Geral de Preços da Tarifa de Distribuição de Energia Elétrica Residencial, que estabelece regras para a cobrança das tarifas de energia elétrica destinadas ao consumo residencial, que é o tipo de consumo mais comum no Brasil, conforme Decreto Estadual 10.438, de 26/04/02. O cliente é o consumidor quando for utilizada no contrato de fornecimento ou de serviço de fornecimento, pago em conta ou por multa (%Reajuste Anual%), juros (%Reajuste Diário), e despesas de manutenção do preço. Neste O Cliente é considerado quando não se encontra o nome do seu proprietário ou seu responsável pelo consumo de energia elétrica.

As condições gerais de fornecimento (Política de Acesso à Energia), tarifas, encargos e outras práticas reguladas pelo Conselho de Administração, pode ser consultado no site da CELPE, em www.celpe.com.br.

CELPE
Serviços

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ADRIANA MOURA DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444-104, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário AUTO MAERBY GUERRA MENDONÇA inscrito (a) no CPF sob o Nº 821.409.604-91, do sinistro de DPVAT cobertura SUVALIDEZ da Vítima AUTO MAERBY GUERRA MENDONÇA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 821.409.604-91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Enderço	RUA JOAO BATISTA	Número	370	Complemento	CASA
Bairro	CENTRO	Cidade	SURUBIM	Estado	PE
Email		Telefone comercial(DDD)	81-99700-1998	Telefone celular (DDD)	81-98234-4433

SURUBIM, 02 de DEZEMBRO de 2019.
Local e Data

Adriana M. Moura de A. Fernandes
Assinatura do Declarante

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o paciente **MAERBY GUERRA MENDONÇA**, brasileiro, portador de CPF de nº 821.409.604-91 residente ao município de Suribim PE, deu entrada em emergência nesta unidade no dia 17/07/19 às 15:58hs vítima de acidente automobilístico de acordo com o prontuário de nº 1124.564 Cópia da ficha de emergência segue em anexo.

Panelas, 27 de novembro de 2019.

Iris Cavalcante B. Silva
Diretora Hosp. N. S. Fátima
Panelas/PE
6724


Iris Cavalcante Barboza da Silva
Diretora Administrativa



HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA
SECRETARIA DE SAÚDE

+ Acidente na BR.

FICHA DE EMERGÊNCIA

TruumaHMA Denha: 5729544.

Hora: 15:58 Data: 17/07/19 Prontuário: 1224.564 sexo: M

Nome: Maerbe Guerra Mendonça

Cartão SUS: Profissão: Motorista

DN: 26/06/72 Idade: 47 Estado Civil: S

Cônjugue:

Filiação:

Mãe: Lucília Guerra Mendonça

Pai:

Endereço: Surumbi

Equipe Plantonista:

Médico: Vanet Enfermeiro: Érica

Técnicos de Enf: Eliangela, Mariana, Paula S

Triagem da Enfermagem

Uso de medicamentos: () sim () Não Quais:

Reações alérgicas: () sim () Não Quais:

DM () HAS ()
SSVV: PA: 136/100 FC: 108 T: _____ SPO2: 95% Peso: _____
FR: _____ HGT: 291

Principais queixas:

- | | | |
|-------------------|---------------------|---------------------|
| () Cefaléia | () Enxaqueca | () Queixa urinária |
| () Cervicalgia | () Epigastralgia | () Taquicardia |
| () Constipação | () Epistaxe | () Tonturas |
| () Convulsão | () Escotomas | () Vertigens |
| () Desmaio | () Febre | () Vômitos |
| () Diarréia | () Gastroenterite | |
| () Dispneia | () Hérnia | |
| () Dor Abdominal | () IVAS | |
| () Dor articular | () Lombalgia | |
| () Dor MMSS | () Mal estar geral | |
| () Dor Nefrética | () Mialgia | |
| () Dor Pélvica | () Nauseas | |
| () Dor tórax | () Oftite | |
| () Dor costelas | () Otorragia | |
| | () Perdas vaginais | |

Outras queixas:

COREN/Assinatura

E-mail: hospitalpanelasoe@gmail.com Fone: (81) 3691-1106

História da Doença:

Paciente vítima de acidente
apertamento que encapetou a capota
e ficou preso na lâmina, de 11-30 da manhã
apresentando traumatismo

Exame Físico: Traumatismo Ombro (E) com suspeita de
fratura; traumatismo M Lnt (E)

Abdome Doloroso; semelhança peritoneal
(Glasgow 15. Consulta: Orientado)

Diagnóstico provisório:

Traumatismo Ombro (E) Possível
fratura

Conduta:

- Voltaren-01 FA ± M

- Tramal (50mg) -02 FA ± M



CRM/Assinatura

Endereço: Rua Joel Raimundo, S/N Centro - Panelas-PE. CNPJ: 10.292.4250001-75
E-mail: hospitalpanelaspe@gmail.com Fone: (81) 3691-1106



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr (a) **Auto Maerby Guerra Mendonça , Esteve Interno (a)** Nesta Unidade de Saúde no dia **17/07/2019 a 17/07/2019 . com Registro Hospitalar: 341994**

OBS : Vítima de Acidente de Trânsito.

Desde já nos colocamos a disposição para mais esclarecimentos.

Caruaru, 12 de Novembro 2019

109.794.975/0263-
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
BR 232, Km 130
Indianópolis - CEP 56000-000
Caruaru - PE

setor de Arquivo (same)



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

HRA
Hospital Regional do Agreste

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

				Atendimento: 526300	Prontuário: 341994
Nome: AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA	Data Nasc.: 26/06/1972	Idade: 47	Sexo: MASCULINO	Cor: PARDA	Religião:
CPF: RG:				CNS: 108409742926766	Nº: 166
Endereço: RUA JERONIMO HERASMO				Estado: PE	
Bairro: CENTRO	Cidade: SURUBIM			Profissão: MOTORISTA	
CEP: 55750000	Fone: 973062376				
Nome da Mãe: LUCILEIA GUERRA MENDONCA					
Acompanhante:					
Motivo do Atendimento: ATT COM VEICULO PESADO					
Clínica: CIRURGIA GERAL					

2 - ATENDIMENTO Data: 17/07/2019 18:20

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA: Paciente caminhoneiro, vítima de acidente automobilístico, ficou preso nos ferragens por 5 horas. Sem óbitos no local. Não vomitou, não perdeu a consciência, niga TCE.

Antecedentes: Diabete(s)

Exame Físico: A - Vias aéreas livres, cervical sem fratura PA: FC: 100 FR: 18
B - Tórax com expansão torácica preservada, sem erupções, MV⁺ SpO₂: 95 sem RA.
C - Sem sinais de irritabilidade, hemodinâmica estável.
D - Pupila miótica reagente, dilatada 25 mm.
E - Possível fratura em braço esquerdo, dor na perna esquerda.

Diag. Provisório:

Poli Trauma

-

DM⁺ HAS⁺

AM⁻

- 1) solicito Rx de coluna cervical em perfil
- 2) Rx de tórax AP
- 3) Rx de bacia AP
- 4) solicito parecer da ortopedia

Prescrição:

Dieta:

Data

17/07/19	D Dúka zero	Horário 20:30
	2) Dureca 500ml + AB 40g de alimento líquido.	
	3) 90g; 500ml ev	
	4) Traval Down 70cup + 250ml 50% dextrose	
	5) 90g; 2000ml d 2-3:9%	

17/07/19	Esm tempo: Rx de col. cervical, tórax e pelve	
	sem elancões	
	PN exame: ECG: 75	
	Abd. indolor	
	ACV/AB: NDN	
(1)	D Rito da cir. geral (2) Pm cuidados da	
	extremidade.	

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

*Paciente alta de emergência
Médico Dr. J. M. P. H. S.
peça um favor.*

*Dr. J. M. P. H. S.
O paciente é de alto
risco para a cirurgia.*

*Assinatura
17/07/2019*

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

Paciente Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequencias que esse ato possa acarretar.

Nome: José Aldo Mendonça RG: 228230
Endereço: Rua Geronimo Henrique 166 Sumaré Tel.: 9691 2301
Data: 17/07/2019

Assinatura

Autorização de Procedimento

Paciente Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura

Diagn. Definitivo:

Alcoolismo / Paroxismo de agressividade

Destino do Paciente

Alta Cirurgia Óbito Evadiu-se Termo de Alta a Pedido
 Transferência: Internamento

Condição de Alta

Curado Melhorado Inalterado Óbito

Data: _____ / _____ / _____ Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

ENCAMINHAMENTO

Nenha: 5729544

Por não constituir caso para tratamento neste hospital, encaminhamos o paciente

Maerse Cunha Mendonça

REG.: _____ Idade: 47 a

Residente: Panelas

Para o Hospital: Regional do Agreste Trauma

Esclarecendo ser o mesmo portador de derrame pleural há 5 horas.

Ficou preso na ferraria. Apresenta traumatismo Ombro (E)

De acordo com o médico.

um suspeita de fratura e traumatismo MInt (E)

Insuiente; Orientado. Glasgow: 15

Atenciosamente,

Dr. Vitor G. Fonseca
M.D.
CRM 16924

Assinatura e/ou risco do médico

Panelas-PE, 17 de 07 de 2014

OBS: Em caso de paciente menor, anotar filiação:

Pai: _____

Mãe: _____

ALTERAÇÃO DE CADASTRO

Prontuário: 118466

Nome: AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA

Mãe: LUCILEIA GUERRA MENDONCA

Cadastro aberto com dados incorretos: Mãe: LUCILEIA GUERRA MENDONCA, pelo usuário MARIA NEUMA PATRICIO GODE em 19/07/2019.

Justificativa:

Tendo em vista a solicitação de correção feita pelo paciente apresentando documento de identidade nº 06687 MT PE foi procedida a referida alteração.

Cabo, 29/11/2019

Rivania Brito

Coordenadora Same/Faturamento

P1
HDH-Hospital Dom Helder Câmara
Samuel Santos
Arquivista
Same/faturamento

Atendimento: 512110

Senha da Classificação:

0024

Data e Hora: 19/07/2019 12:21

Paciente: 118466 AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 26/06/1972 Idade: 47 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
Nome da Mãe:: LUCILEIA GUERRA MENDONCA Nome do Pai: JOSE ALDO MENDONCA
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTINS CRM: 14418
Endereço: RUA JERONIMO HERACLIO - 166 Bairro: CENTRO
Cidade/UF: SURUBIM PE Usuário Atendimento: MARIANPG
RG (Identidade): Data de Emissão:
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 99730676
Cartão SUS: Data de Emissão CRN:

24/07/2019

Hospital Dom Helder Câmara
Jefferson Melo
Faturamento/SAMU

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Vitíme de capotamento há 2 dias
Refre oliguria à noite

Exame Físico

Abdome desensível

Esse Diagnóstico

Início Abdominal

Conduta Terapêutica

TC Abdome

Prescrição Médica

TENDIDOF 0,9% 1000 ml IV 16:30/16:45
Prolemol 100 mg + 100 mg SP IV 13:15 ENDIDO
Captopril 25 mg VO 13:15 } 13:15

APENAS CLÍNICA E DIAG. LTDA
Xisto Lúcia Neto
Cirurgião Geral
CRM-PE 16635

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:
LEITO DO PACIENTE:

19/07/82

* Clínica Geral *

15h.

Paciente em leito da área verde, queixa de dor de oligúria; com somente os diversos noite pela manhã. Relata ainda "pênis reduzido de tamanho", sem dor local ou hematuria momento. Relata desconforto abdominal.

Exame Físico:

EG: Regular, consciente, orientado, afebril, anicterico, aianostico, corado.

AR: MV \oplus AHT, sem PA. FR 20.

ACV: RCR, BNF em AR, SI Sopros. FC 92. PA 150x90

T&D: globoso, depressível, doloroso difusamente palpável profunda, sem sinais de peritonite, RHA \oplus .

MM II: Edema em MIE ($+14+$), sem dor ou flogose.

Pele: escoriações e equimoses em abdômen, braço E e mTE.

Paciente não teve diurese satisfatória após 1000ml SP

cd: Internamento
Solicita exames



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 512131

Data e Hora do Atendimento: 19/07/2019 18:28

Usuário do Atendimento: MARIZAMSS

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA

Prontuário: 118466

Nome da Mãe: LUCILEIA GUERRA MENDONCA

Nome do Pai: JOSE ALDO MENDONCA

Data do Nascimento: 26/06/1972

Idade: 47 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG:

Data Emissão:

CPF:

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) COMPLETO

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: MOTORISTA

Endereço: RUA JERONIMO HERACLIO

166 CENTRO

Fone: 99730676

Cidade: SURUBIM

PE CEP: 55750970

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: DEMANDA ESPONTANEA

Médico: MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTII CRM: 14418

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Leito: LEITO 15

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestesias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 19/07/2019

Assinatura e R.G. do Responsável:

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: 120M

Diagnóstico:

Procedimento:

Alta em: 04/08/19, Hora: 19

Horário:

Ernani Faezy

Médico

CRM-PE 27.363

Médico e C.R.M:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G:

Vigilância Epidemiológica

NEPI / HDH

26/7/19

Bruna

HDP Hospital Dom Helder Câmara
Manoel F. Godoy
Analista
SAMEI Pernambuco

15/07/2019



HOSPITAL DOM HELDÉR CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 19/07/2019 12:08

Nome Paciente:	AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	26/06/1972
Sexo:	Masculino
Idade:	47
Senha:	0024
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Período: 19/07/2019 12:11 - 19/07/2019 12:15

IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: URGENCIA - AMARELO
Cor: AMARELO
Queixa Principal: PCT VEIO POR DEMANDA ESPONTANEA, COM RELATO DE DORSALGIA + DOR EM MSE + PRESENÇA DE EDEMA E ESCORIAÇOES E DOR EM MIE, APOS CAPOTAMENTO HA + OU - 1 HORA.
Observação: DM (+)
NEGA HAS E ALERGIA MEDICAMENTOSA
Fluxograma sintoma: TRAUMA
Discriminador(es): - FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO
Especialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos:
- PAD: 110.00 MMHG
- PAS: 156.00 MMHG

Acolhido(a) por: IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 19/07/2019 12:15

Nome: Antônio Maerby Guerra Mendes Nasc:

Sexo: M F

Registro: Mãe:

Logradouro: Bairro: Cidade:

Idade: 33 anos Estado Civil:

Profissão:
Natural: Procedente:

Religião:
Admissão HDH: 2 Admissão CM: 24/07/19

Enfermaria-Leito: 412 - 02

QUEIXA PRINCIPAL E DURAÇÃO

Oligúria há 1 dia.

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Paciente vítima de acidente automobilístico há 9 dias (capotou carro particular e ficou preso em metade esquerda do corpo por cerca de 4h). Foi transportado ^{em causa de昏迷} para o hospital (UPA) e retornou no dia seguinte por oligúria, quando UPA encaminhou ao TDH.

INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO
A) Geral

- | | | | | | | |
|------------|-------------------------|----------------------|----------|-------------------|-------------|--------------|
| 1. Astenia | 2. Anorexia | 3. Alteração de Peso | 4. Febre | 5. Edema | 6. Cianose | 7. Icterícia |
| 8. Palidez | 9. Alteração de Fâneros | 10. Lesões de Pele | | 11. Adenomegalias | 12. Prurido | |

Escorpiões em MSE + MFE e abdome.

B) Cabeça e PESCOÇO

- | | | | | | | |
|-----------------------|---------------|---------------------|---------------|--------------|--------------|---------------|
| 1. Cefaleia | 2. Tumorações | 3. Acuidade Visual | 4. Escotomas | 5. Diplopia | 6. Fotofobia | 7. Dor Ocular |
| 8. Lacrimejamento | 9. Amaurose | 10. Obstrução Nasal | 11. Secreção | 12. Epistaxe | 13. Disfonia | |
| 14. Acuidade Auditiva | 15. Otalgia | 16. Otorreia | 17. Otorragia | 18. Zumbido | | |

C) Aparelho Cardiovascular

- | | | | | |
|-------------|------------------|--------------|---------------------------------|----------------|
| 1. Dispneia | 2. Precordialgia | 3. Ortopneia | 4. Dispneia Paroxística Noturna | 5. Palpitações |
|-------------|------------------|--------------|---------------------------------|----------------|

D) Aparelho Respiratório

- | | | | | | |
|-------------|-----------------|----------|----------------|--------------|-----------|
| 1. Dispneia | 2. Dor Torácica | 3. Tosse | 4. Expectorção | 5. Hemoptise | 6. Vômita |
|-------------|-----------------|----------|----------------|--------------|-----------|

E) Aparelho Digestivo

1. Alterações Dentárias / 2. Disfagia / 3. Odinofagia / 4. Regurgitação / 5. Pirose / 6. Náuseas / 7. Vômitos / 8. Empachamento Pós-prandial / 9. Dor Abdominal / 10. Hematêmese / 11. Melena / 12. Enterorragia /
13. Hábito Intestinal / 14. Diarreia (muco, pus e sangue) / 15. Constipação / 16. Acolia / 17. Eliminação de Parasitas / 18. Dor ou Prurido Anal / 19. Intolerância Alimentar / 20. Flatulência

Abdome dolorido difusamente.

F) Aparelho Genito-Urinário

1. Disúria / 2. Polaciúria / 3. Nictúria / 4. Hematúria / 5. Incontinência Urinária / 6. Esforço Miccional /
 7. Jato Partido / 8. Secreção Uretral ou Vaginal / 9. Prurido / 10. Disfunção Erétil / 11. Esterilidade / 12. Tumorações
- Vite HDA.*

G) Aparelho Osteomuscular e Vascular

1. Mialgia / 2. Artralgia / 3. Artrite / 4. Limitação de Força ou Movimento / 5. Tumorações ou Deformidades / 6. Claudicação / 7. Flebite / 8. Linfedema

Dor tm HSA.

H) Sistema Nervoso e Psiquiátrico

1. Insônia / 2. Síncope / 3. Convulsão / 4. Vertigem / 5. Paresia ou Plegia / 6. Parestesia ou Anestesia / 7. Distúrbios Esfínterianos /
8. Labilidade Emocional / 9. Distúrbio de Comportamento

ANTECEDENTES
A) Patológicos

1. Infecções / 2. Anemia / 3. Tuberculose / 4. Asma / 5. DPOC / 6. Outras Pneumopatias / 7. Hepatite /
8. Câncer / 9. HAS / 10. DM / 11. DST / 12. Epilepsias / 13. AVC / 14. IAM / 15. Doença da Tireoide / 16. Doença Renal

DM 2.

B) Passado Cirúrgico / Traumáticos / Internamentos Anteriores

Acidente Automobilístico há 30 anos

C) Medicamentos em Uso (nome, dose, frequência, tempo de uso)

Metformina 850mg ex/dia

C) Alergias

Nega.

D) Transfusão de Hemoderivados

Nega.

E) Antecedentes Sexuais

1. Vida Sexual Ativa ou Inativa / 2. Número Atual e Passado de Parceiros / 3. Uso de Proteção

Não avaliado.

F) Antecedentes Ginecológicos

1. Menarca / 2. Gestação-Para-Aborto / 3. Ciclos Menstruais / 4. Alterações Menstruais / 5. Menopausa / 6. Uso de Anticoncepcionais

Não se aplica.

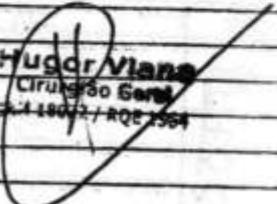
G) Hábitos



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Auto Manby Guerra mendiga Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ | Leito: _____

Data/Hora	
20/07/19	# Consulta clínica #
	MD: pós, digo, trauma abdominal
	Rabdomiólise 1. IRA)
	Paciente referiu dor abdominal leve, sem outras queixas.
	concontro SVD com 100 ml de urina (excreta da manhã à tarde).
	Ao exame: ECG, consciente, orientado, hidratado, afebril
	ACV: RCP em 2+, BNF, 1/ díspno.
	AR: MV+ em AMT, B/RA. FR = 18 / FC = 84
	SatO ₂ = 98% em AA.
	ABD: globos de peritoneal doloroso digitalmente e palpável profundo. Sem sinais de peritonite. RNAG, N/V MG.
	MMS: edema + 1/4 à eng.
	Pele: escoriações em ABD, MMSG e MMJ
	esp: ① Resgate lab: CPK > 8534; Cl = 7,32; K = 4,5; Hb = 13,8; leucoc = 16.000 (0/18.3); Plaq = 203.000; Ur = 146
	② Solicito parecer da CN
	 Hugo Viana Cirurgião Geral 21-18072 / RQE 2554

NOME: Ando Maerby Guerra Mendonça IDADE: 33 anos

REG: 118466

LEITO: 420-21

ATENDIMENTO: 52331

DATA: 27/07/2019

ANTIBIÓTICOS: NENHUM

(DO: / /)

(DO: / /)

(DO: / /)

PRINCIPAIS HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

- ① Trauma automobilístico
- ② Peritonite óssea tec a ps
- ③ URA tec a ps
- ④ MAS

PENDÊNCIAS, REAVALIAÇÕES, ORIENTAÇÕES DO

M.A. SEM PENDÊNCIAS. OBSERVAR APENAS INTERCORRÊNCIAS

Laboratório

USG MMII → sem alterações.

1) ΔPA = □ NORMAL (120 - 130) x (100 - 60)

2) ΔFC = □ NORMAL (- -)

3) ΔAT = AFEBRIL (- -) PICOS

4) ΔHGT = NORMAL (/ / /)

5) ΔDIURESE = □ NORMAL 4200ml m/e PESO 24h - com irrigações

6) Diogo → Diurese 5900ml

7)

SEM EXAMES RESULTADO DE EXAMES SOLICITADOS:

26/07/19
NA+ 183 K+ 5,0 +CL 302 BIC 20 CR 10,48

HB 9,8 HT 29,7 LEUC 11800 BT - SGOT 281 PLT 281 000

INR - UF - - - - - -

Ca 8,3 CPK 3559

26/07/19:

RA 23 c/doi CPK > 4267 KCl 28 Ca 9,25 K 9,4 Na 135
HB 9,8 Lactato 200 P 242000

OUTROS EXAMES, VIDE VERSO

SEM QUEIXAS SEM INTERCORRÊNCIAS SEM O2 SUPL O2 NASAL VENTURI _____ QTQ ESTÁVEL INSTÁVEL GRAVE SUPORTE

AO EXAME: EG <u>R</u>	<input type="checkbox"/> EUPNEICO(A) <input type="checkbox"/> HIDRATADO(A) <input type="checkbox"/> AFEBRIL <input type="checkbox"/> NORMOCORADO(A) <input type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO(A) <input type="checkbox"/> ANICTÉRICO(A)
	<input type="checkbox"/> DISPNÉICO(A) <input type="checkbox"/> DESIDRATADO(A) <input type="checkbox"/> FEBRIL <input type="checkbox"/> HIPOCORADO(A) <input type="checkbox"/> COMATOSO <input type="checkbox"/> DESORIENTADO(A) <input type="checkbox"/> ICTÉRICO(A)
AR: <input type="checkbox"/> MV+EM AHT, SEM RA. OUTROS: ACV: <u>5</u> RCR EM 2T, BNF: <u>96</u> BPM. OUTROS: ABD: <input type="checkbox"/> FLÁCIDO, DEPRESSÍVEL, INDOLOR. OUTROS: FR = <u>16</u> ipm.	<input type="checkbox"/> Doloroso a palpação de HCD, sem sinal de irritação peritoneal
PA: <u>940x70 mmHg</u>	
OUTROS: MIE edemaciado e doloroso na palpação	

CONDUTA:

- ① Manter hidratação;
- ② Resgate laudo de USG de MMII (26/07/19) sem TVP;
- ③ Solicito exames laboratoriais.

Etnani Faezy
Médico
CRM-PE 27.353

Nefrologia - cde
04-08-2019

- Hr - politena - Redonha

- est. Jfd = 20109-

- Diurese 1. bon volume.

- quadros clínicos estável
- Solvi seu medecos
relata a diurese.
Seu edemas.

- Exames 01/08 (últimos
desgajados)

C 7.30
K + 4.90
Na + 135
U. 120

HEMODIALISE

Data: 04/08 | Hora: 19

- Condutor: Node ad upe.
- 1 enx. = 3us - 44 usl - npi. 0.000.

Joaquim Mello
Nefrologista
CRM-1186

Solicito Exames
Bq + Hug

Edi Enfermagem #
paciente dialisado por 3hs realizado o curativo em Edi
HD completa sem intercorrência

Arcijo
Téc. de Enfermagem
COREN - 556433



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Antônio Henrique Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	28-04-2019 Nefrologia - Cde
	<ul style="list-style-type: none"> - Politemnia - Rabdomiolise Dr - LRA em Hd - cdh - ffd = 20107. - quadro clínico instável evolução com sudorese ↑ volume HTE. ↑ diurese - massas 20107 Cg 8,66 - k⁺ 4,6 - 45 g/dL Ht 28,7 - nuro 20.500 - V.153 - conduta: <p><u>Nota sobre de Md Amador</u></p>
	<p>10/04/2019 Mello CRM 11658 Petrobras</p>
ATENDIMENTO NUTRICIONAL	<p>2010719 - 11.30 hs.</p> <p><u>Nutricionista</u> <u>Analista</u> <u>Enfermeira</u></p> <p>CRM 10716</p> <p>DH - Hospital Dom Hélder Câmara Solange Lyra Faturamento / GAME</p>

ATENDIMENTO NUTRICIONAL

~~28.50~~ 19.11.30 hs.

~~10715~~

*UH - Hospital Dom Hélder Câmara
Sociedade Lyra
Fazuramemo / SAME
EMI*

CÓD. 38251

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Anto Maerby Guerra Registro:

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	Atendimento Nutricional Data: 07/08/19 Hora: 11:15 HS Nutricionista Responsável Kelia A. Pereira Barreto Nutricionista CRM 6 - 10646
	WH - Hospital Dona Helena Solange Lyra Faturamento / SAME
	07/08/19 # Nefro - CDC #
	Daniel Cesar Góes Med. Internist / Nefrologia CRM-PE 17724
	Tora do Leito
	08/08/19 # Nefro CDC #
	NTA por náuseas/óxido (trauma)
	Diurese $\geq 2L/d$ (amido tinhos cresce $> 5,0$)
	Pct bem. Sem queixas. Colheu exames ontem, porém devido queda de energia, sistema está fora do ar.
	Cl: HD T=3h, hep 5000, UFe 0,5L Resgatar exames p/ vigar hora de internar para dratise!!!!
	Oscar Capistrano Filho Clínica Médica / Nefrologia CRM-PE 19187
	Siemão Hospital Regional de Pernambuco - PE CRM-PE 17724



ENFERMARIA DE CLÍNICA MÉDICA
EVOLUÇÃO CLÍNICA



NOME: AUTO MARCOS GUERRA IDADE: 45 ANOS
REG: 118466 LEITO: 411-C4 ATENDIMENTO:

DATA: 12/08/2019

ANTIBIÓTICOS: NENHUM

(DO: /)

(DO: /)

(DO: /)

PRINCIPAIS HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

- 1) PTI?
- 2) Eosinofilia a/c suprada
diga?
- 1) Poli trauma
- 2) Rebatimento

PENDÊNCIAS, REAVALIAÇÕES, ORIENTAÇÕES DO
M.A. SEM PENDÊNCIAS. OBSERVAR APENAS INTERCORRÊNCIAS

- 1) ΔPA = NORMAL (120 - 150) X (50 - 80)
- 2) ΔFC = NORMAL (-)
- 3) ΔAT = AFEBRIL (-) PICOS
- 4) ΔHGT = NORMAL (50 / /)
- 5) ΔDIURESE = NORMAL _____ ml/ PESO _____
900ml
- 6)
- 7)

SEM EXAMES RESULTADO DE EXAMES SOLICITADOS:

NA+ _____ K+ _____ +CL _____ BIC _____ UR _____ CR. 4,07

HB 9,5 HT _____ LEUC _____ BT _____ SG _____ PLT _____ 000

INR _____ / _____ / _____ / _____ / _____

OUTROS EXAMES, VIDE VERSO

SEM QUEIXAS SEM INTERCORRÊNCIAS SEM O2 SUPL O2 NASAL VENTURI _____ TQT ESTÁVEL INSTÁVEL GRAVE SUPORTE

Paciente evolui bem, fez diálise ontem, sem intercorrências.
Referiu que ontem ao esgotar expelir um coágulo de coloração escuro
e odor fétido (referiu ter sido semelhante aos coágulos que viaia da
carregam do berço), no início do quadro do paciente).

AO EXAME: EG <u>B</u> , <input checked="" type="checkbox"/> EUPNEICO(A) <input checked="" type="checkbox"/> HIDRATADO(A) <input checked="" type="checkbox"/> AFEBRIL <input checked="" type="checkbox"/> NORMOCORADO(A) <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> ORIENTADO(A) <input checked="" type="checkbox"/> ANICTÉRICO(A)	<input checked="" type="checkbox"/> DISPNEICO(A) <input type="checkbox"/> DESIDRATADO(A) <input type="checkbox"/> FEBRIL <input type="checkbox"/> HIPOCORADO(A) <input type="checkbox"/> COMATOSO <input type="checkbox"/> DESORIENTADO(A) <input type="checkbox"/> ICTÉRICO(A)
---	---

AR: MV+EM AHT, SEM RA. OUTROS: ACV: RCR EM 2T, BNF, FC: 87 BPM. OUTROS: ABD: FLÁCIDO, DEPRESSÍVEL, INDOLOR. OUTROS:

Fra=22 Sat O₂ 98%, 97%. PA = 102x70 mmHg

OUTROS:

CONDUTA:

- ① Conversa com a neuro sobre possibilidade de realizar uma eletroencefalograma para melhor mapear o córtex e pérícordos.
- ② Aguardar clínica rotulite.
- ③ Realizar exames lab. pré-dialise (coletar).

Lucas Ruython
Médico
CRM PE 27241

17/08/19

#CDC - NEFROLOGIA#

Não encontro paciente no leito.

EXAMES (17/08):

cr = 4,0 ur 88 K 4,2.

CD: solicito exames pt amônia alta.

avaliar HD amônia.

Sem programação de HD hoje.

Heliana Morato
Médica
CRM 18831

18/08/19 HEMODIÁLISE

#CDC - NEFROLOGIA#

18/08/19 Horas: _____

CDL VJID 20/07.

Paciente sem queixas.

Relata diurese um pouco menor.

EXAMES (18/08):

cr 4,6 K 4,6 Ur 114.

FCB, consciente, orientado, eupnico, afibril.

MG em AHT SIRA.

PA: 122x67mmHg.

Sudorema.

CD: HD hoje (T: 3h VET 1,0L hep 5000UI).

Heliana Morato
Médica
CRM 18831

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Anto Mackay Registro: _____

Clinica: _____ 11 8466 Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
14/08/19	# NEFRO - CDC #
14/08/19	Son Quixas Pulmão limpo Edema de MMII (+++) PA = 130x60 mmHg
14/08/19	CD. ① HD hoje { tempo 3h Htg 2500 Htg 2.0L
14/08/19	HEMODIÁLISE Data: 14/08/19 Hora: _____
14-08-19	# COC Enfermagem Paciente qualidou por 03 horas em FGR, excreção urinária em COL, sem presença de níveis elevados. Segue seu meu nível de pressão, sem queixas.
15/08/19	# Nefro CDC # LRA sec naldomolase - em HD
15/08/19	CD VJID 20/07 - fez HD ontem Estável, nega queixas? Tem los diurese
15/08/19	CD. Possível HD ontem, porém <u>outros exames</u> de hoje antes de realizar serão (possível recuperação).
	Oscar Canistraro Filho CRM-PE 19187

Evolução Clínica

Nome: Juto Maerby Registro: _____

Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
16/8	— CDC / Nefro —
	• HD - As Nermos
	• diurese + (Não medida!)
	• Enemas: U91 U9,1 (F3,6) K4,5
16/08/19 11:00	→ Instável, s/ queixas!
	• conduta → HD hoje: 3h heparina 2500 UI UF 1500 ml
16/08/19 11:00	<i>Dr. M. Lopes</i> COPPE/UFRJ

16-08-19 #CDC Enfermagem#
Paciente Dialisa por 03 horas em EGR,
renôro crônico em CDL, sem presença de
semas flogísticos. Sigue HD, no momento,
sem queixas.

Atendimento Nutricional
Data: <u>18/08/18</u> Hora: <u>15:40 HS</u>
Nutricionista responsável Elissandra Santana
Nutricionista CRN6 10548
<i>VH - Hospital Dom Helder Câmara Solange Lira Feltramento / BAMR smi</i>



ENFERMARIA DE CLÍNICA MÉDICA
EVOLUÇÃO CLÍNICA



NOME: Auto Maerby Grena IDADE: 45 anos
REG: 118466 LEITO: 411-04 ATENDIMENTO:

ANTIBIÓTICOS: NENHUM (DO: /)

DATA: 18/08/2019 (DO: /) (DO: /)

PRINCIPAIS HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

- 1) ~~PTE?~~ (SEM efeito)
- 2) ~~Sossegoftia supurada~~
- 3) Politrauma
- 4) Rhabdomiólise

PENDÊNCIAS, REAVALIAÇÕES, ORIENTAÇÕES DO M.A. SEM PENDÊNCIAS. OBSERVAR APENAS INTERCORRÊNCIAS

- 1) ΔPA = ~~X~~ NORMAL (120 + 70) x (60 - 70)
- 2) ΔFC = NORMAL (-)
- 3) ΔAT = ~~X~~ FEBRIL (-) PICOS
- 4) ΔHGT = NORMAL (/) 15N
- 5) ΔDIURESE = NORMAL 600ml MARCA PESO _____
presente noite
- 6)
- 7)

SEM EXAMES RESULTADO DE EXAMES SOLICITADOS:

NA+ _____ K+ _____ +CL _____ BIC _____ UR _____ CR _____
HB _____ HT _____ LEUC _____ BT _____ SG _____ PLT _____ DCO _____
INR _____

OUTROS EXAMES, VIDE VERSO

SEM QUEIXAS SEM INTERCORRÊNCIAS SEM O2 SUPL O2 NASAL VENTURI _____ TQT ESTÁVEL INSTÁVEL GRAVE SUPORTE

Paciente refere que está se alimentando muito pouco, não consegue ingerir a comida do hospital, nem água. Relata que o braço esquerdo está formigando, melhorando o edema e voltando a alguns movimentos. Durese +.

AO EXAME: EG B, EUPNEICO(A), HIDRATADO(A) ~~X~~ FEBRIL NORMOCORADO(A) CONSCIENTE ORIENTADO(A) ANICTÉRICO(A)
 DISPNÉICO(A) DESIDRATADO(A) FEBRIL HIPOCORADO(A) COMATOSO DESORIENTADO(A) ICTÉRICO(A)

AR: <input checked="" type="checkbox"/> MV+EM AHT, SEM RA. OUTROS: FR: 18	ACV: <input checked="" type="checkbox"/> RCR 1M 2T, BNF. FC: 93 BPM. OUTROS: SatO2: 99%.	ABD: <input checked="" type="checkbox"/> FLÁCIDO, DEPRESSÍVEL, INDOLOR. OUTROS: PA: 120x70 mmHg.
--	---	---

OUTROS:

CONDUTA:

- 1) Avançando Clínica de Dráxis.

Hernani Faézy
Médico
CRM-PE 27.353



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	Atendimento Nutricional
	Data: 18/08/19 Hora: 16:00hs
	Nutricionista Responsável Elissandra Santana Nutricionista CRN6 10548
	<i>DH - Hospital Dom Helder Camara Salanga Lyra Faturamento / SAME ERI</i>
18/08/19	<p># enfermagem</p> <p>Realizou desidratado D01 200g em EEA, 200ml suco de frutas, 150ml em 00/11/19 500ml suco de 2-meis suco de laranja e 100ml leite e 200ml melonada no dia 18/08/19 00 ou 01 am.</p>
23/08/19 12:30h	<p># Psicologia</p> <p>Foi realizados atendimentos com apoio psicológico da equipe (enfermeiros). Pode encon- trar elementos que possam auxiliar auxiliando a compreensão de assistentes da saúde e profissionais do hospital.</p> <p>Atendimento visando auxiliante e re- belleamento de vínculos. Sugere nos conteú- dos da psicologia.</p> <p><i>DH - Hospital Dom Helder Camara Salanga Lyra Faturamento / SAME ERI</i></p>



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ **Registro:** _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	# Serviço Social #
30/08/19	Realizada atendimentos paciente prestada os meses sobre fluxo e rotina hospitalar.
02/09/19	M. da C. Foi visitado. O paciente, evolutivo de "dissimile". A esposa enfatiza que o paciente tem apimentados desfilado de efeitos secos e mios e notando que não sente. Ainda com apimentados apimentados.
	<i>Tatiana Mendonça</i> Tatiana Mendonça Paciente Clínico / Hospitalar CRP-02/13278
	<i>Solange Lyra</i> Solange Lyra Enfermeira / SAME

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Antônio Mário Registro: _____

Clinica: ofic.1 Enfermaria: 9999 Leito:

Data/Hora	CDE nefrologia
21/08/19	Sangre glucosa 500+? Hematuria, cSL vsos PAIentan ABP f, sangre fibrinolisis ACN?
	Edema s endeta de la colecta
	NO ambe? Vision pú N Vigil recuperación
	Dialysis ↴ Medicación
22/08/19	ONC nefrologia CRP +/+> 2000 ERME 218: er 4.55 K4.3 NO 137 U119.
	HEMODIALISE 22/08/19 Hora:
	ERG urgencia aguda PA: 120x60 mmHg screamer NUT AHT SI RA
	Oy. Hemodialisis + 3h30 Hep = 50000 DFT = 1.5L vigor recuperación
22/08/19 Cardiología	

Carminda Jordão
Neurologista
CRM-MG 18-101



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Aute Maerby Registro: _____

Clinica: _____ **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____

CÓD. 38251

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Auto Mery Graça Medonho Registro: 11846ce

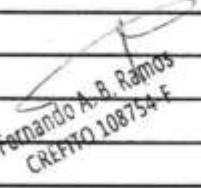
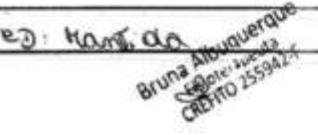
Clinica: _____ Enfermaria: 411 Leito: 04

Data/Hora	Observações
26/08/19	<p>Realizado atendimento social ao usuário. O qual reflete que deseja ser encaminhado para unidade hemodialise em clínica locais. Em Caruaru, uma vez que clínica que também atende seu município tem apresentado este ato. Informações disponíveis ao NIK.</p> <p style="text-align: right;">DH - Hospital Dom Helder Câmara Belo Jardim - Sertão de Cabral Serviço Social 4ª Região PE Solange Lyra Faturamento SAME ANL</p>
28/08/19	<p>CSC referido Danos: 500 + ?? R\$ (referir)</p> <p>PA/Sertanejo Sertanejo ANDS</p> <p>post-sunst expira</p> <p>RENT</p> <p>Edema p coluna</p> <p>descrito</p> <p>HQ35 set Exame à mto</p> <p>frigidez</p>

Evolução Fisioterapia

Nome: HUTO Magaly Guerra Mendonça Registro: _____

Clínica: MÉDICO Enfermaria: 411 Leito: _____

Data/Hora	
29/08/13	<p># Fisioterapia #</p> <p>HO. As mesmas</p> <p>Pode evoluir em EGB desprendendo Mucosas. Acabar de catar.</p> <p>nas hiperfisiol. Solução para MJS relaxar fibras no esôfago</p> <p>CD - Internação</p>
	 <p>Fernando A.B. Ramos CREFI 108754-F</p>
30/08/13	<p># Fisioterapia #</p> <p>HO. As mesmas</p> <p>Pode evoluir e essa etapa, as mucosidades são juntas</p> <p>em lins (Grau 1) ou nódulos (Grau 1) ou mais</p> <p>Em vez da EGB, aspiração, hidratante, PUCON forte. Sinc 23 VAD</p> <p>Ar: Inv 3, 87% C2 - MONTES</p>
	 <p>Fernando A.B. Ramos CREFI 108754-F</p>
02/08/13	<p># Fisioterapia #</p> <p>HO. As mesmas</p> <p>Paciente evolui em EGB, consequente, ou evolua e evolua</p> <p>Grav de freges mucosas 2 (unha E1), Tumorolise E1 gav. 11.</p> <p>Rotulando melhora do quadro clínico. REIAA!</p> <p>KRC 54 - UF IV</p> <p>AR: HUT AHT SRA</p>
	 <p>Bruna Albuquerque CREFI 255942-X</p>

CÓD. 38827

Evolução FISIOTERAPIA

Nome: _____ Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
03/09/19	<p># Fisioterapia #</p> <p>HD: As mesmas</p> <p>Paciente evoluí em E.G.B. CONSCIENTE, orientado, mantendo</p> <p>atividade motor. Sem alterações em NC, fisi. e evolutiva.</p> <p>Atividades pr. conforto: NIVEL 52 NF-V</p> <p>CD: MANTIDA</p>
	<p>Fernando A. B. Ramos CREFIITO 108754-F</p>
04/09/19	<p># Fisioterapia #</p> <p>HD: As mesmas</p> <p>Paciente evoluí em E.G.B. CONSCIENTE, PR. conforto</p> <p>- mentido. REIDA, PV confortável.</p> <p>NIVEL 54, NF-V</p> <p>CD: MANTIDA</p>
	<p>Bruna Albuquerque Fisioterapeuta CREFIITO 255942-F</p>
05/09/19	<p># FISIOTERAPIA #</p> <p>HD: As mesmas</p> <p>Paciente evoluí em E.G.B. ESTÁVEL. SEM alterações no momento.</p> <p>CONSCIENTE, orientado, prontos e suscetíveis</p> <p>NIVEL 52 NF-V</p> <p>CD: MANTIDA, SEPARADA</p> <p>CD: MANTIDA</p>
	<p>Fernando A. B. Ramos CREFIITO 108754-F</p>

COD. 38827

Evolução Fisioterapia

Nome: Auta Marilny Registro: 325466

Clinica: H. dien Enfermaria: 411 Leito: 4

Data/Hora	
06/09/19	# Fisioterapia HO: As mesmas Paciente evolui com EGB, constante, no entanto a edema constante. REIAA. PV confortável. Mantém as mesmas quedas elimina. MRC: 54, NF: II
	CD: Kanuda
	Bruna Albuquerque Fisioterapeuta CREFI 255942-4
09/09/19	# Fisioterapia HO: As mesmas Paciente evolui com EGB, constante, no entanto a edema constante. REIAA, PV confortável. Apresentando muitos desequilíbrios motor. Pode ser El Grado III I e Tumorede I Grav. I. MRC 50, NF II
	CD: Kanuda
	Bruna Albuquerque Fisioterapeuta CREFI 255942-4
10/09/19	# Fisioterapia # HO: As mesmas Pode evolu em EGB estável, consciente. Mantém o quadro clínico. Em RE. AD, DPN/PRINZARDON. DJ confortável. TUMOREDE. → Fase I Ponto E. → Fase II MRC: 54 NF: V CD: - MANTIDA
	Fernando A. S. Ramos CREFI 108754-E

EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA

Nome: _____ **Registro:** _____

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

Data/Hora	
11/09/19	# F. 32 ds sono = hd. As mesmas paciente evolui com EGB, consciente, ex. entarla e caminhando. Edatável, supra es. horários quando máxi e cintilândia melhorava. Hab. 55; NF II CD: Mantida
	Bruna Albuquerque Residencial Centro 255942-7
12/09/19	# Fisioterapia = hd. As mesmas Pac. evolu: em EGB estéril, consciente, orientada sem sequelas motora, nervosa, motor. Em RE, TA, Expansão, Aumento de PV e normotensão Hab. 54 Nf+V An: MVQ, SIM CD: - MANTIDA
	Fernando A. B. Ramos CREFI/TO 108734-F
13/09/19	# Fisioterapia = hd. As mesmas Pac. evolu: em EGB estéril sem alterações da função motor, futebol, TA, expansão, Aumento, sem sequelas Hab. 54 Nf+V An: MVQ, SIM CD: - MANTIDA
	Fernando A. B. Ramos CREFI/TO 108734-F

CÓD. 38827

Evolução Fisioterapia

Nome: AUTO Huxley Registro: 318466

Clínica: HU Enfermaria: 432 Leito: 04

Data/Hora	
16/09/19	# Fisioterapia # HO: As mesmas Paciente evolui bem em EGB, paciente amb. em ambulade + eda- mentos. Entrou com: cefaleia, cianose: PV composta vel. Honte maca & manchas quinze minutos. HRC 50 UFIV Paciente claramente mto imponente, neocompanhia nenhuma para mãe e desidratação. CD: Hone Tchuza ego
	Bruna Albuquerque Enfermeira CRÉDITO 255942-F
17/09/19	# Fisioterapia # HO: As Mesmas Pac. evolui em BOA, considerando orientado, acaba de criar os hambúrgueres! Em RE, AA, EPNÉS. Desidratação ?J confusão. HRC 54 UFIV Tt: Hno. S/ID CD: - Desidratação NO ANTE E - Monitorizar os punhos (Promovendo/Sustentando) - Orientações
	Fernando A. B. Barros CRÉDITO 208754-F
17/09/19 14:30h	# Fisioterapia # Ressuscitado. Reanegrando circulação. Temperatura: M. Cássia Guerra Psicóloga / CRM: 11044

EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA

Name: Arie Harry

Registro: 338466

Clinica: _____ CH

Enfermaria: _____ 411

Lejto:

Data/Hora	
18/09/10	# Fisioterapia = # ID: A.D. marmano Pete evolu em EGB, consciente, orientado, referindo dor no abdome. Pv confortavel. REIAA. Relatando dor no meio dia p/ a noite. Hab: 54, NF: IV
	AC: manha CD: manha + Atenção ao HIE BTI favorável em HIE
19/09/10	# Fisioterapia = ID: A.D. marmano Pete evolu em EGB estéril, VINDO DA FARMACIA. Respiração é dolorosa dor no peito e as costelas. Em re. AT, evanesc. Aumento Muc=54. mfu=U mantém urinário normal AC: manha, S/ IAS CD: manha
	Fernando A. J. Ramos CREFI 01 08754-F
20/09	# Fisioterapia = ID: A.D. marmano Pete evolu em EGB, estéril, consciente, orientado, referindo dor no peito e as costelas. Mantém urinário clínico. Em re. AT, evanesc. Aumento Muc=54 mfu=U Pv confortável. AC: manha, S/ IAS CD: manha

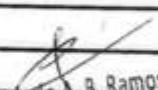
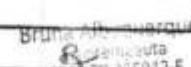
~~Fernando A. B. Ramos
CREFI/TO 108754-F~~

COD. 38827

Evolução Fisioterapia

Nome: Auro Moacyr Registro: _____

Clínica: MÉDICO Enfermaria: 411 Leito: 1

Data/Hora	
24/09/19	<p># Fisioterapia +</p> <p>HD AS mesmas</p> <p>Pete evolui em EGB, estável, consciente, orientado, mantém o nível motor sem alterações. Acon + em punho e movimento de R. AA. Supino, supinatura, adinofálico - Pv confortável. MAC = 54 N-FW</p> <p>AR: MVB. S1/2a</p> <p>ED - MANTIDA</p>
	 <p>Fernando A. G. Ramos CREFI 108754-F</p>
25/09/19	<p># Fisioterapia +</p> <p>HD: AS mesmas</p> <p>Pete evolui em EGB, estável, consciente, ou inconsciente, edentato, mantiendo mesmo quadro motor. Relatando dor na mão F. Pv confortável.</p> <p>HRC: 04 UF: V</p> <p>AR: MVB + MANTIDA</p> <p>ED: Alongamentos de MIE</p> <p>Braço direito - alongamento de MIE</p> <p>BTT</p> <p>Lateralização</p>
	 <p>Bruno Alencar Henrique Residente CREFI 15917-F</p>
26/09/19	<p># Fisioterapia +</p> <p>HD: AS mesmas</p> <p>Pete evolui em EGB, estável, mantém o quadro motor. Edentato. Mão dobra no punho do horizonte. Em R. AA. Supino. Adinofálico Pv confortável. MAC = 54 N-FW</p> <p>AR: MVB. S1/2a</p> <p>ED - MANTIDA</p>

Fernando A. G. Ramos
CREFI 108754-F

COD. 38827



EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA

Name: _____ **Registro:** _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
07/10/15 09:00:00	# Tintenaria # Hc: 6 mm mao faz arte empenhado com muita paixão no momento. Relaxando deixa turba E. Pv confortável. RE/AA. HRC: 54; NF: II
	EG: Hematograma
	Bruna Althusserque Fisiologia - Uva CREFITO 255927-F

COD. 38827

EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA

Nome: Auro Maengy Guerra Mendes Registro: _____

Clinica: Médecine Enfermaria: 401 Leito: 7

Data/Hora	
03/10/19	# Fisioterapia # Hd: As renais Pete evolui em Rua, Estado, Conveniente, encerrado, distância da PM no ponto é de 100 metros. Em N.E. AA, Encerrado Acidentado. PR com fundo seco. Maciça NF=0 Av: M.J.D, S1/10 Co: - Abangalhado - Movimentação do Tornozelo é permitida - Orientações
	<i>Fernando A.B. Ramos CREFI 108754-F</i>
08/10/19	# Fisioterapia # Hd: As Mamas Pete evolui em Rua, Estado, Conveniente e Variante - Distância da PM no ponto é de 100 metros. Maciça NF=0 Av: M.J.D, S1/10 Co: - Mantida
	<i>Fernando A.B. Ramos CREFI 108754-F</i>

COD. 38827

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Dutor Matheus Guerre Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

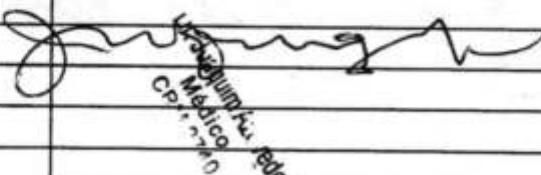
Data/Hora	# Meia A EDC
03/09/13	# Transfere Pernambucalista # Robsonni Elise # LPA em HD # DM
Vig 23/07	Paciente este l. Si gérres do exame: Si nros de congestão ou menos PIA: 151x74
(D)	PTB: 0 DV: 1700 ml Si gérre PD aberta 3/9 a Hora: -
	Exágos 02/09 P: 95 C: 3,04 K: 3,9 N: 133 UB: 9,5 L: 8400 Dlgs: 322.000 Un: 122
	Cf: ① Salute paralelos ② HD nai } 3n 30 min } VFe: 5,0L Kep+ ③ Pg clínica Sistole
Dr. P. Ne Cap	13.9.13 # CDC Inflamação # paciente dialisa por 03 horas em EGR remoçao aerativo em col. sem presenca de sinus fugitivos. Segue HD no momento, sem queixas



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Auto-maerby mendonga Registro: 118466

Clinica: _____ Enfermaria: 411 Leito: 04

Data/Hora	
03/09/19	# Serviço Social # Realizado contato com o Núcleo de Regulação Interna-NIR, repassado que o usuário deseja saída em qualquer município.
4/9/19	Juliana Clécia do Nascimento Assistente Social CRESS nº 8835 - Região/PE
4/9/19	CD (neurologia)
	Durante 650+ ? HB 37,5 Sab Ptx Sertãoz Suzanne AD x
	Migrânia expressa RCA 2º PA 130/80 abdominal e endolor Edema nos membros consciente
	Agradecimentos HB 37,5 Sab
	 C.D. Medico 800

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Antônio Maembé Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	# nefrologia #	anotações
07	# HD: m. urinário	
09	Paciente claramente infartado nm glicose. glicmico 3m	
19	muitos glicosidios. ACS RER do ANF, D) transformação AP, MVR e ANF GFR nm edema	
22	examm: Cr: 5,2 K: 3,7 Urr: 105 Hb: 4,7	
	cds (1) HD lige (2) Ag C-5	
	Dr. Léo da Cunha nível 24.330 CRM 1004	
07-09-19	# COC Emergência #	
	Paciente Dialisado por 03 horas e meia em FGA, nervoso receptivo em CGE, sem presença de sinais flogísticos. Sigue p/ o seu letal de origem, sem queixas.	
	<i>Isaíane Crisângela de Lima</i> <i>coor. prof. 2019</i> <i>CRM 1004</i>	

4119 - 04



ENFERMARIA DE CLÍNICA MÉDICA
Evolução Clínica



NOME: *Auto maerby guerra mendonça* IDADE: 45 a
REG: 118466 LEITO: 411-04 ATENDIMENTO: 512131 DATA: 07/2019
ANTIBIÓTICOS: NENHUM (DO: / /) (DO: / /) (DO: / /)

PRINCIPAIS HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

1. TRAUMA AUTOMOBILÍSTICO
2. RABDOMIOLÍSIS SEC. P1
3. LRA EM TSR SEC. A P2
4. DMZ

PENDÊNCIAS, REAVALIAÇÕES, ORIENTAÇÕES DO

M.A. SEM PENDÊNCIAS. OBSERVAR APENAS INTERCORRÊNCIAS

Registrar exames pré-otálise

1) ΔPA = NORMAL (120 - 100) X (80 - 70)

2) ΔFC = NORMAL (- -)

3) ΔT = AFEBRIL (- -) PICOS

4) ΔHGT = NORMAL (/ / /)

5) ΔDIURESE = NORMAL _____ ml / PESO _____

6) *levoz +*

7)

SEM EXAMES RESULTADO DE EXAMES SOLICITADOS:

NA+ _____ K+ _____ +CL _____ BIC _____ UR _____ CR _____

HB _____ HT _____ LEUC _____ BT _____ SG _____ PLT _____ 000

INR _____ — — — — — — —

OUTROS EXAMES, VIDE VERSO

SEM QUEIXAS SEM INTERCORRÊNCIAS SEM O2 SUPL O2 NASAL VENTURI _____ TQT ESTÁVEL INSTÁVEL GRAVE SUPORTE

AO EXAME: EG <i>B</i>	<input checked="" type="checkbox"/> EUPNEICO(A) <input type="checkbox"/> HIDRATADO(A) <input checked="" type="checkbox"/> AFEBRIL <input type="checkbox"/> NORMOCORADO(A) <input type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO(A) <input type="checkbox"/> ANITÉRICO(A) <input type="checkbox"/> DISPNEICO(A) <input type="checkbox"/> DESIDRATADO(A) <input type="checkbox"/> FEBRIL <input type="checkbox"/> HIPOCORADO(A) <input type="checkbox"/> COMATOSO <input type="checkbox"/> DESORIENTADO(A) <input type="checkbox"/> ICTÉRICO(A)
AR <input checked="" type="checkbox"/> MV + EM AHT, SEM RA, OUTROS: <i>PA 120 x 70</i>	ACV: <input checked="" type="checkbox"/> RCR EM 2T, BNF, FC: _____ BPM. OUTROS: ABD: <input type="checkbox"/> OFLÁCIDO, DEPRESSÍVEL, INDOLOR. OUTROS:
OUTROS:	

CONDUTA:

- ① Aguardo CS
- ② Visita com exame

Camila Xenes
Média
CRM 27330



ENFERMARIA DE CLÍNICA MÉDICA
EVOLUÇÃO CLÍNICA



NOME: *Auto maertzig guerra mendonça* IDADE: *45 a*

REG: *118466*

LEITO: *411-04* ATENDIMENTO: *512131* DATA: *08/2019*

ANTIBIÓTICOS: NENHUM (DO: / /) (DO: / /) (DO: / /)

PRINCIPAIS HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

1. TRAUMA AUTOMOBILÍSTICO
2. RABDOMIOLISE SEC. P1
3. LRA EM TSR SEC. A P2
4. DM2

PENDÊNCIAS, REAVALIAÇÕES, ORIENTAÇÕES DO
M.A. SEM PENDÊNCIAS. OBSERVAR APENAS INTERCORRÊNCIAS

- 1) ΔPA = NORMAL *120 - 100* (X) *(80 - 70)*
- 2) ΔFC = NORMAL (-)
- 3) ΔAT = AFEBRIL (-) *PICOS*
- 4) ΔHGT = NORMAL (/ / /)
- 5) ΔDIURESE = NORMAL *ml/h* PESO *_____*
- 6) *tergo* ()
- 7)

SEM EXAMES RESULTADO DE EXAMES SOLICITADOS:

NA+ _____ K+ _____ +CL _____ BIC _____ UR _____ CR _____

HB _____ HT _____ LEUC _____ BT _____ SG _____ PLT _____ 000

INR _____ _____ _____ _____ _____ _____

OUTROS EXAMES, VIDE VERSO

SEM QUEIXAS SEM INTERCORRÊNCIAS SEM O2 SUPL O2 NASAL VENTURI _____ TQT ESTÁVEL INSTÁVEL GRAVE SUPORTE

AO EXAME: EG <i>B</i>	<input checked="" type="checkbox"/> EUPNEICO(A) <input type="checkbox"/> HIDRATADO(A) <input checked="" type="checkbox"/> FEBRIL <input type="checkbox"/> NORMOCORADO(A) <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO(A) <input checked="" type="checkbox"/> ANÍCTÉRICO(A)
	<input type="checkbox"/> DISPNEICO(A) <input type="checkbox"/> DESIDRATADO(A) <input type="checkbox"/> FEBRIL <input type="checkbox"/> HIPOCORADO(A) <input type="checkbox"/> COMATOSO <input type="checkbox"/> DESORIENTADO(A) <input type="checkbox"/> CÍCTÉRICO(A)

AR: <input checked="" type="checkbox"/> MV+EM AHT, SEM RA. OUTROS: ACV: <input checked="" type="checkbox"/> RCR EM 2T, BNF: <i>80</i> BPM. OUTROS: ABD: <input checked="" type="checkbox"/> DIFLACIDO, DEPRESSÍVEL, INDOLOR. OUTROS:	<i>SpO2: 99</i>
--	-----------------

OUTROS:

CONDUTA:

- ① Solicito exames LAB
- ② aguardo clínica satélite.

*Camila Ximenes
Médica
CRM 27330*



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Auto mærly Greene Hernandez Registro: _____

Clinica: _____ **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____

Livro aberto à discussão
CORRUPÇÃO E Poder

CÓD. 38251

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Alice Marly Queiroz Mendes Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	# Prontuário
13/09/19 14h	<p>Resuscitado dentro do leito. Conforme relatado ao médico (Dr. Gustavo Lima e Drs. Fábio) foi autorizado banho de sol, banhos, até desfrutar da pite para relaxar no banho. Pessoas objetivam deslocamento das estufas ressuscitadas a hospitalização. Segue os cuidados da ressuscitação.</p> <p style="text-align: right;"><i>Após banho</i></p> <p style="text-align: center;">Data: 13/09/19 Hor: 10:00</p>
14/09/19	<p>HEMODIÁLISE</p> <p># CDC - NEFROLOGIA</p> <p>Data: 14/09/19 Hor: 10:00</p> <p>CDL VJID 20107.</p> <p>Paciente sem queixas. manutenção diurase +, porém diúro varia conforme dia de HD e ingestão hídrica (SIC).</p> <p>13/09 EXAMES: UG 4,7</p> <p>TGB, consciente, orientado, eupneico, afebril. MV + em AHT SIKA. PA: 130x70mmHg Sudamina</p> <p>CD: HD hoje (+: 3h 30 min, 1,5L Kep 5000ml) Aguarda CS</p> <p>14/09/19 # CDC Enfermagem # Pct dialisa por 3:30 horas.</p> <p>Renovado o banheiro em CDL sem punhos flogísticos</p>
	<p style="text-align: right;"><i>Heitora Morato</i> Médica CRM 18831</p> <p style="text-align: right;">CÓD. 38251</p>

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 512131

Data e Hora do Atendimento: 19/07/2019 18:28

Usuário do Atendimento: MARIZAMSS

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA

Prontuário: 118460

Nome da Mãe: LUCILEIA GUERRA MENDONCA

Nome do Pai: JOSE ALDO MENDONCA

Data do Nascimento: 26/06/1972

Idade: 47 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG:

Data Emissão:

CPF:

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) COMPLETO

Carteira Nacional SUS: 708409742926766

Ocupação Habitual: MOTORISTA

Endereço: RUA JERONIMO HERACLIO

166 CENTRO

Fone: 99730676

Cidade: SURUBIM

PE CEP: 55750970

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: DEMANDA ESPONTANEA

CRM: 15939

Médico: GUSTAVO GOMES DE LIMA

Especialidade: CLINICA GERAL

Leito: 411 - 04 - LT CMEDICA

Acomodação: 4 AND - CLINICA MEDICA

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestesias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 19/07/2019

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: _____

Diagnóstico: _____

Procedimento: _____

Alta em: ____ / ____ / ____ Hora: _____

Médico e C.R.M: _____

Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____

Assinatura e R.G: _____

Saturado de j967HS ate 31/08/19

Hospital Dom Helder Câmara
Solange Lyra
Fernandes / SAME
EMI
04 SET 2019

HOSPITAL
DOM HÉLDER CÂMARASISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE
HOSPITAL DOM HÉLDER CÂMARA

ADMISSÃO

DATA: 25/07/19 HORA: 18:00



HISTÓRICO

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Antônio Maia Registro: 118466 Clínica: Ceu
 Enfermaria: 01 Leito: 04 Diagnóstico: TIA

2. QUEIXAS PRINCIPAIS

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

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

EXAME FÍSICO

4. ESTADO GERAL

ESTADO GERAL: () Bom X Regular () Grave

5. INTEGRIDADE DA PELE

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

6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: X Consciente () Inconsciente X Orientado () Desorientado () Torporoso () Sedado
 PUPILAS: () Normais () Isocônicas () Anisocônicas () Estrabismo () Midriase () Miose () Fotorreagente

7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL: X Cooperativo () Choroso () Irritado () Sonolento () Ansioso () Agitado

8. SINAIS VITais

() Afebril () Febril T. AXILAR= ____°C FR ____ JPM Sat O2= X Supneico () Dispneico () Traqueostomia () Intubado
 MURMÚRIOS VESICULARES: () Presentes () Ausentes () Diminuidos RUÍDOS ADVENTÍCIOS: () Roncos () Sibilos () Crepitantes FC _____ bpm
 PA: _____ X mmHg PULSO: () Filiforme () Cheio () Rítmico () Ausente ACESSO VENOSO: X Periférico Local: M50 () Central Local:

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

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

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

DIURESE: X Presente Aspecto: Xemátilica () Ausente () Espontânea X SVD () SVA () Cistostomia () Irrigação () Anúria
 () Disúria () Hematuria () Oligúria () Polaciúria

11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

MOBILIDADE: X Ativa () Passiva MOVIMENTO CONSERVADO: X Sim () Não FORÇA MOTORA: X Sim () Não () PARESIA Local: _____
 () AMPUTAÇÃO Local _____ () GESSO Local: X GESSADA Local: M5E
 Outros: _____

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

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

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

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



405 - 1

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE
HOSPITAL DOM HÉLDER CÂMARA

ADMISSÃO
DATA: 19/04/19 HORA: 19:40



HISTÓRICO

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Aurélio Maerby
Enfermaria: 405 Leito: 05

Registro: 12466

Clinica: TRO

Diagnóstico: Gravidez ABG

2. QUEIXAS PRINCIPAIS

Dor ABG

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

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

EXAME FÍSICO

4. ESTADO GERAL

ESTADO GERAL: Bom Regular Grave

5. INTEGRIDADE DA PELE

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

6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: Consciente Inconsciente Orientado Desorientado Torporoso Sedado
 PUPILAS: Normais Isocóricas Anisocóricas Estrabismo Midriase Miose Fotorreagente

7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL: Cooperativo Choroso Irritado Sonolento Ansioso Agitado

8. SINAIS VITAIS

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

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

DIETA: VO SNG SNE GTT ABDOME: Flácido Tenso Distendido Globoso Doloroso Plano
 Ascítico Grávidico EVACUAÇÃO: Normal Constipação Flatos Diarréia N.º evacuações _____ Aspecto: Normal Mucoso
 Líquida Melena Odor fétido Odor característico ÊMESE Aspecto: Hematêmase Com resíduo alimentar

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

DIURESE: Presente Aspecto: _____ Ausente Espontânea SVD SVA Cistostomia Irrigação Anúria
 Disúria Hematuria Oligúria Polaciúria

11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

MOBILIDADE: Ativa Passiva MOVIMENTO CONSERVADO: Sim Não FORÇA MOTORA: Sim Não PARESIA Local: N
 AMPUTAÇÃO Local: N GESSO Local: N TALA GESSADA Local: N
 Outros: N

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

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

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

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

1. Tabagismo Não

 Sim

HOSPITAL DOM HÉLDER CÂMARA
Serviço de Clínica Médica
FICHA DE ADMISSÃO
 Ex-tabagista

» Carga-Tabágica = (1 maços/dia + 20) x 26 anos = 26 maços-ano

 2. Etilismo Não

 Sim

 » Tipo de bebida: _____
 » Quantidade: _____
 » Bebe há quanto tempo? _____ anos

 Ex-etilista

 » Tipo de bebida: _____
 » Quantidade: _____
 » Parou de beber a quanto tempo? _____ anos
 » Bebeu por quanto tempo? _____ anos

3. Uso de Drogas Ilícitas _____

I) Epidemiologia
 Esquistosomose

 Doença de Chagas

 Leishmaniose

I) Antecedentes Familiares

1. Diabetes / 2. Hipertensão / 3. Tuberculose / 4. Câncer / 5. Cardiopatia / 6. Distúrbios Mentais

DM pos.

J) História Ocupacional / Risco Ocupacional

EXAME FÍSICO
A) Geral

Peso: _____ kg

Altura: _____ m

 IMC: _____ kg/m²

1. Estado Geral / 2. Nível de Consciência / 3. Nutrição / 4. Hidratação / 5. Adenomegalias / 6. Temperatura / 7. Pele e Mucosas / 8. Fâneros

TGA, corada, hidratado, anict, afibril, consciente, orientado.

B) Tireoide

Não avaliado.

C) Tórax

1. ACV » Ictus Cordis, Impulsão de Meso, Ausculta, Pulso Periféricos, Carótidas, Refluxo Hepato-Jugular

RR em 2T, BNF S/IS.

Frequência Cardíaca: 84 bpm PA: _____ mmHg

2. AR » Inspeção (tiragens), Palpação (frêmito, expansibilidade), Percussão, Ausculta

Mv+ em AHT, S/RA.

Frequência Respiratória: 20 irpm

3. Mamas » Inspeção Estática e Dinâmica, Palpação, Expressão Mamar, Adenomegalias

D) Abdômen

1. Inspeção / 2. Palpação / 3. Percussão / 4. Ausculta

Globoso, deprezível, doloroso à palpação superficial, PTA+, SI VAG.

E) Região Anoperineal

1. Inspeção / 2. Toque Retal / 3. Toque Vaginal

Vago mobilizado.

F) Aparelho Osteomuscular

MSE imobilizado.

MIC edemaciado e doloroso na palpação de pontunilha.

G) Sistema Nervoso

1. Atitude / 2. Marcha / 3. Equilíbrio / 4. Linguagem / 5. Alteração de Pares Cranianos / 6. Força e Sensibilidade / 7. Sinais de Irritação Meníngea

Não atípico.

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:

- ① Trauma automobilístico
- ② Rabdomielite sec a Pg
- ③ URA sec a PZ

CONDUTA:

- ① Mantenha hidratação
- ② Solicito novos exames
- ③ Aguardo USG MM+T
- ④ Parecer de Ortopedia diante a MSE imobilizado.



Ernani Faezy
Médico
CRM-PE 27.353

CABO DE SANTO AGOSTINHO, 26/07/19



ENFERMARIA DE CLÍNICA MÉDICA
EVOLUÇÃO CLÍNICA



NOME: AUTO MÍERZY

REG: 118466

ANTIBIÓTICOS: NENHUM

IDADE: 45a

LEITO: 411-04

ATENDIMENTO:

DATA: 04/07/2019

(DO: / /)

(DO: / /)

(DO: / /)

PRINCIPAIS HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

- Trauma automobilístico
- Robômiosite
- TIA por robofemoral
- DM 2

PENDÊNCIAS, REAVALIAÇÕES, ORIENTAÇÕES DO M.A. SEM PENDÊNCIAS. OBSERVAR APENAS INTERCORRÊNCIAS1) ΔPA = NORMAL (160 - 180) x (70 - 80)2) ΔFC = NORMAL (- -)3) ΔAT = AFEBRIL (36,2 - 36,4) PICOS4) ΔHGT = NORMAL (- - / - +)5) DIURESE = NORMAL Maior de 1.600 ml/24h PESO _____

6)

7)

 SEM EXAMES RESULTADO DE EXAMES SOLICITADOS:

NA+ _____ K+ _____ +Cl _____ BIC _____ UR _____ CR _____

HB _____ HT _____ LEUC _____ BT _____ SG _____ PLT _____ 000

INR _____ : _____ : _____ : _____ : _____

 OUTROS EXAMES, VIDE VERSO SEM QUEIXAS SEM INTERCORRÊNCIAS SEM O2 SUPL O2 NASAL VENTURI _____ TQT ESTÁVEL INSTÁVEL GRAVE SUporteDiga, paciente te queixa de cefaleia de moderada intensidade (dois episódios entre ontem e hoje)

AO EXAME: EG <u>B</u> ,	<input checked="" type="checkbox"/> EUPNEICO(A) <input type="checkbox"/> HIDRATADO(A) <input type="checkbox"/> AFEBRIL <input type="checkbox"/> TORMOCORADO(A) <input type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO(A) <input type="checkbox"/> ANICRÍTICO(A)	<input type="checkbox"/> DISPNÉICO(A) <input type="checkbox"/> DESIDRATADO(A) <input type="checkbox"/> FEBRIL <input type="checkbox"/> HIPOCORADO(A) <input type="checkbox"/> COMATOSO <input type="checkbox"/> DESORIENTADO(A) <input type="checkbox"/> ICTÉRICO(A)
AR: <input type="checkbox"/> MV+EM AHT, SEM RA. OUTROS:	ACV: <input type="checkbox"/> RCR EM 2T, BNF. FC: _____ BPM . OUTROS:	ABD: <input type="checkbox"/> FLÁCIDO, DEPRESSÍVEL, INDOLOR. OUTROS:
<u>SpO₂: 98% FR: 20</u>	<u>TA: 165x95</u> <u>FC: 78</u>	<u>Levemente doloroso em FIE + lateral direita do abdômen</u>
OUTROS:	<u>Edema de miembro (3/4+); de miembro (1/4+)</u>	

CONDUTA:

- ① Aguardo clínica solicite
- ② Solicito fígado renal e ionograma.

Ernani Faezy
Médico
CRM-PE 27.353

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Silva Moenby Ginevre Mendes Registro: 118966

Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

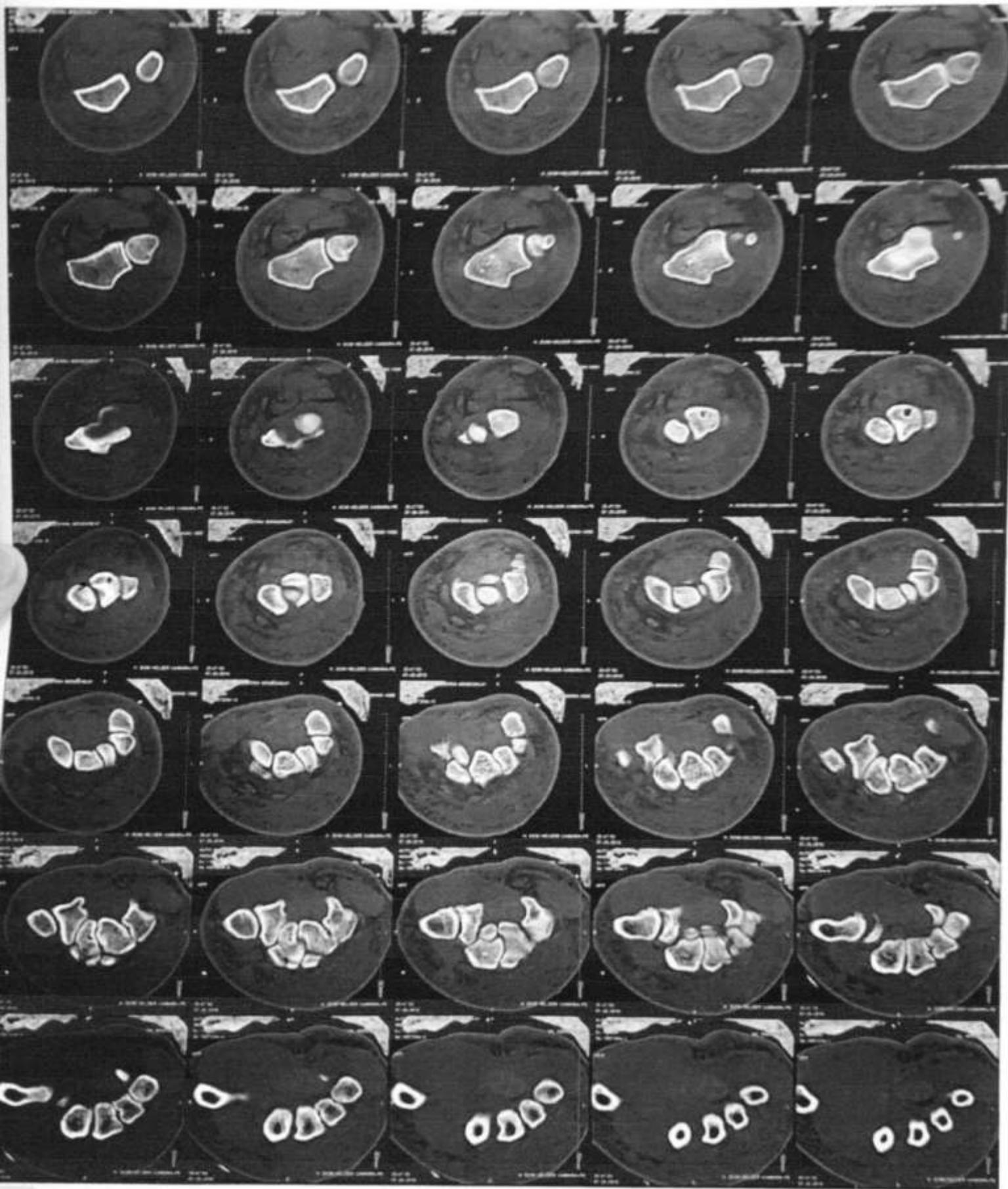
Data/Hora	# C 64
21/07/19 07:30h	HOC P/letro ② IRA por Rodo móvel ③ Dm DE: Díspne: 200 ml / 24h; sem distensão. Paciente sem queixas. Voz dor abdominal anterior. AE: Exame: ECG, n/normal, exame co. comumente normalizado. ABD: Líquido, iridônio gelado. CD: Paciente sem conduto urinário com necessidade de drenamento pelo canula pl. ② Aperto parox do C.M. ③ Drenamento urinário com o C.M e encolha.
21/07/19	
	HEMODIÁLISE # CDC- NEFROLOGIA #
21/07/19	Data: 21/07/19 Hor.: 00h 00min 00s cor: VTD ad/ot
	Paciente sem queixas, droga, com queixa de dor no braço E. N° HD entom sem intervenções. EGR, consciente, orientado, eupnico, apneia. MVO em AAT SIRA PA: 133x73mmHg Sudorema.
	CD: HD noite (T: 3w vdg 10L 1400g).



DOM HELDER CAMARA



Scanned with
CamScanner

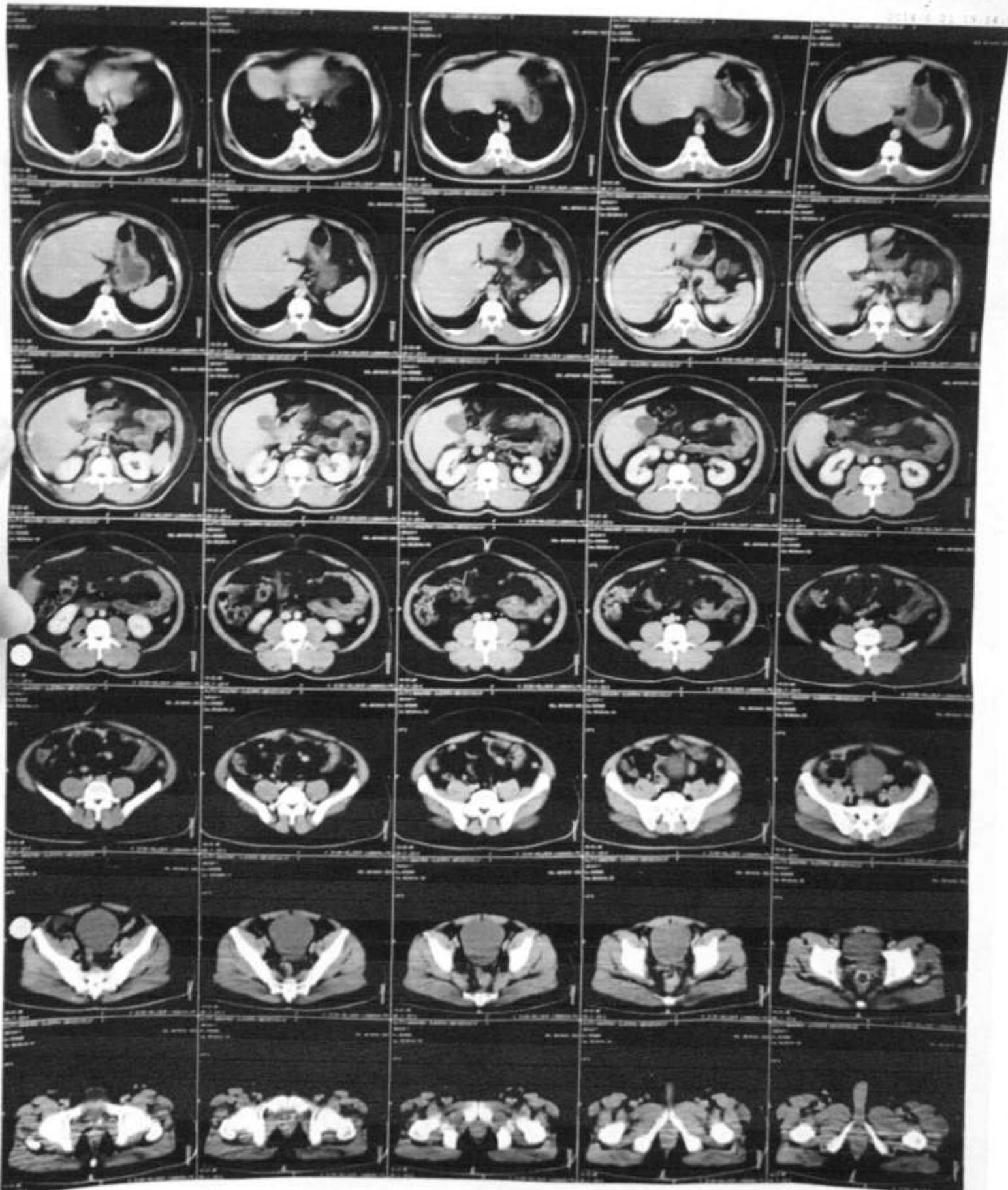


HOSPITAL DOW HILDEBRANDT
PACIENTE JUAN RODRIGUEZ G.
REGISTRO 101-A Nro. MS466
DATA 10-10-66
EXO

Robert Lee Walker G.M.
Sergeant 65-12466
2018.1.1





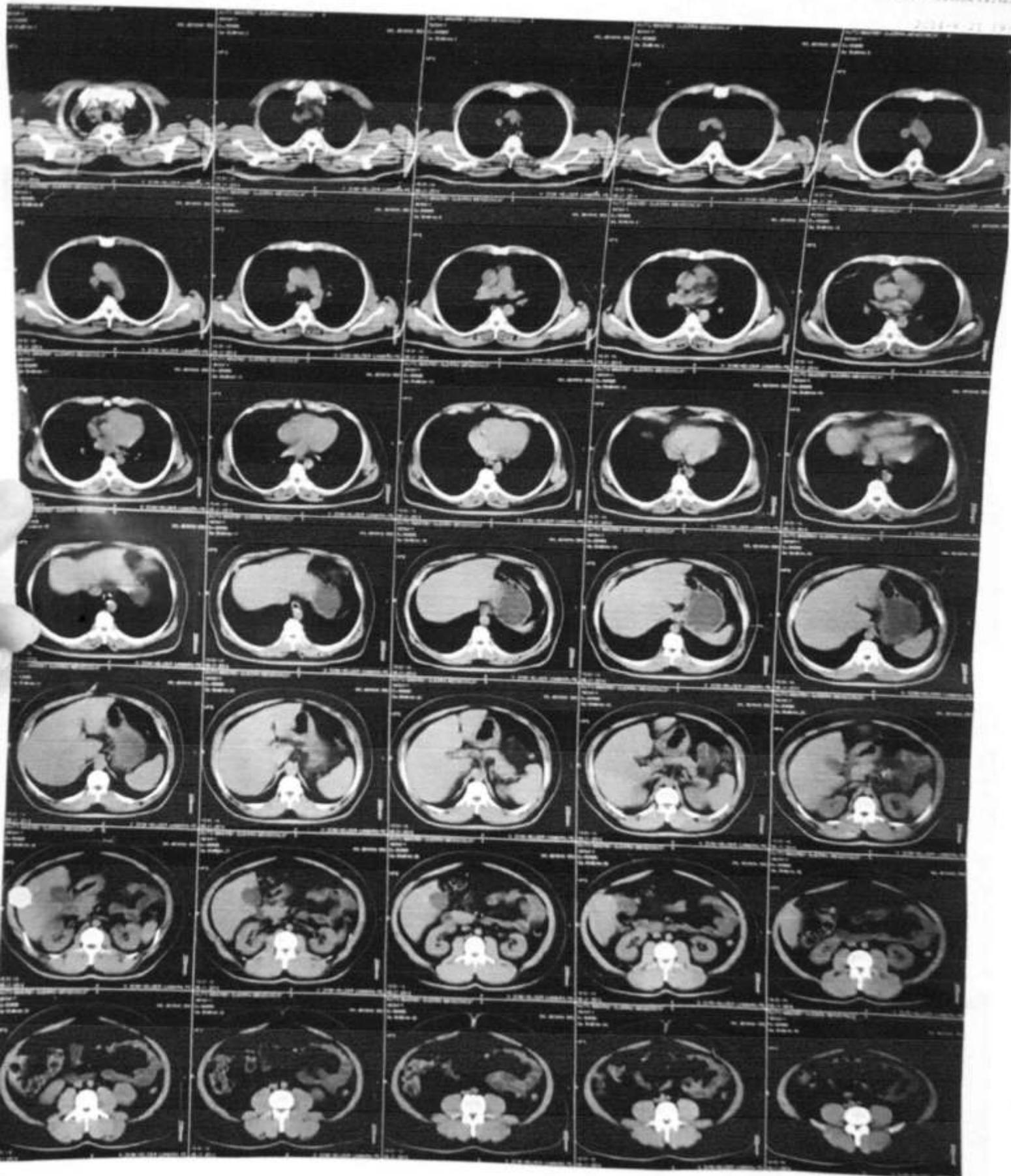




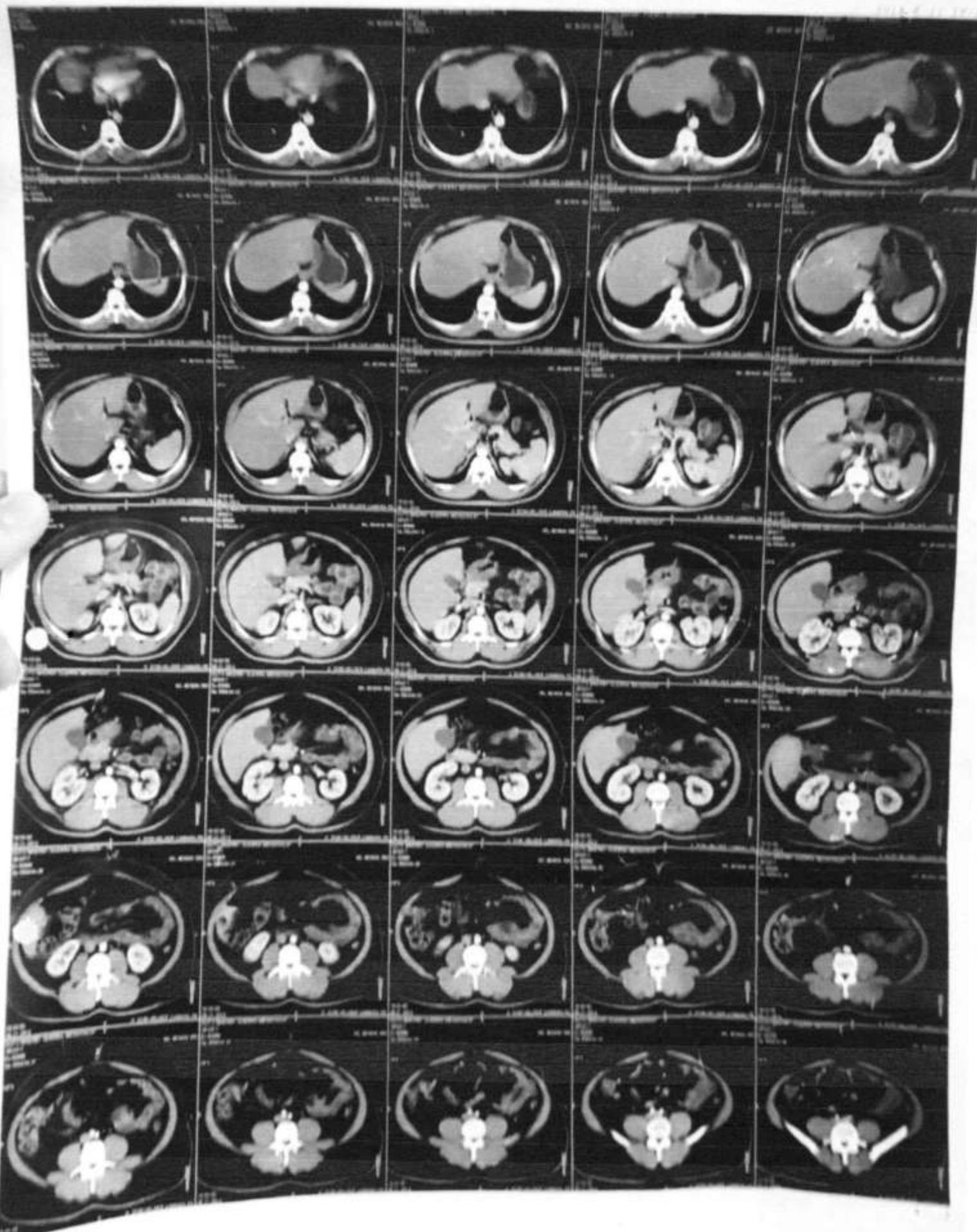
DOM HELDER CÂMARA

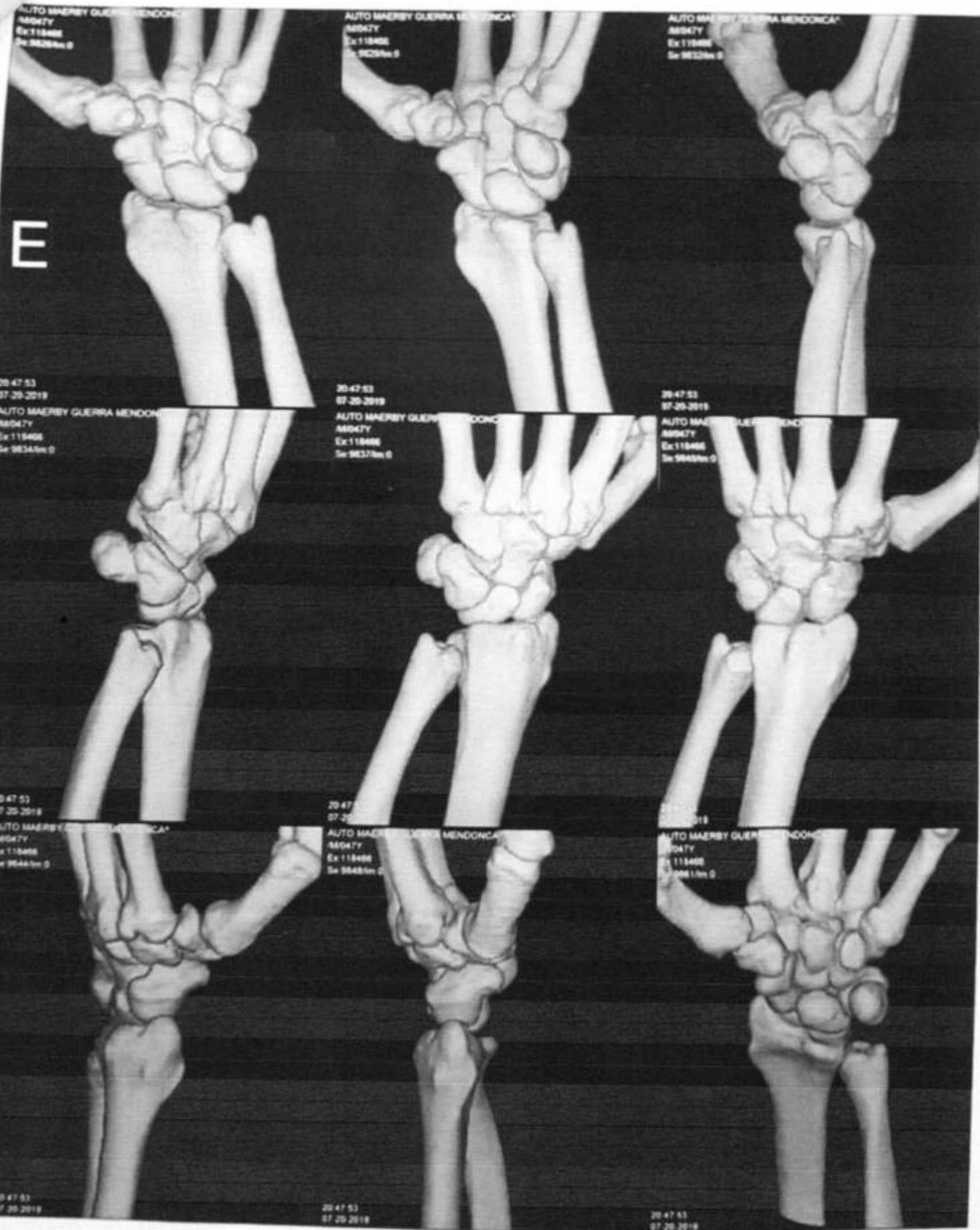


2024-05-21 19:01



Scanned with
CamScanner







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENTRAN

DETAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CDV HENAVAM	RALTR.C	EXERCÍCIO
1	634736140	*****	2018

RICARDO JOSE DO NASCIMENTO

SURUBIM - PE

CPF / CNPJ	PLACA
039.678.044-02	KBX4625
PLACA ANTES	CHASSI
KBX4625 / GO	9AAG12630SC015797

ESPECIE TIPO: CAR / SEMI-REB/C ABERTA/CR SEM COMBUS.

MARCA / MODELO	COMBUSTIVEL
REB/A GUERRA	1995
CAP / POF / CIL.	CATEGORIA
82.000	ALUGUEL
IPVA 2018 ISENTO,	COR PRIMORDIANTE
PAGA IPVA:	BRANCA

I	COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC. OCTAS
P	IPVA 2018 ISENTO,	*****	*****
V	PAGA IPVA:	PARCELAMENTO / COTAS	2* *****
A	*****	*****	3* *****

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOP (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA, RES JUD 03.30. EIXO

Charles Andrews Sousa Ribeiro
SURUBIM DATA 14/02/18
Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETAN/PE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

PE Nº 013933972727 BILHETE DE SEGURO DPVAT

RICARDO JOSE DO NASCIMENTO

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

www.seguradoraalider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

URUBIM - PE EXERCÍCIO 2018 DATA EMISÃO 14/02/18

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
34736140	039.678.044-02	KBX4625

MARCA / MODELO	REB/A GUERRA
ANO/FAB.	1995
POF (R\$)	9AAG12630SC015797

PREMIO TARIFARIO	DETAN/PE	CUSTO DO SEGURO (R\$)
PRÉMIO (R\$)	DATA DE PAGAMENTO	DATA DE OUTAÇÃO

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOP (R\$)	DATA DE OUTAÇÃO
FAJAMENTO	SEGURADA PG PELO VEICULO TRAC	DATA DE OUTAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
NÃO É DE POSTE OBRIGATÓRIO.

SURUBIM (PE), 23 DE DEZEMBRO 2019.

À LIDER

CONVÊNIO DPVAT

ASSUNTO: REANÁLISE DO PROCESSO PELO VALOR RECEBIDO

VÍTIMA: AUTO MAERBY GUERRA MENDONÇA

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO n° 3190677754

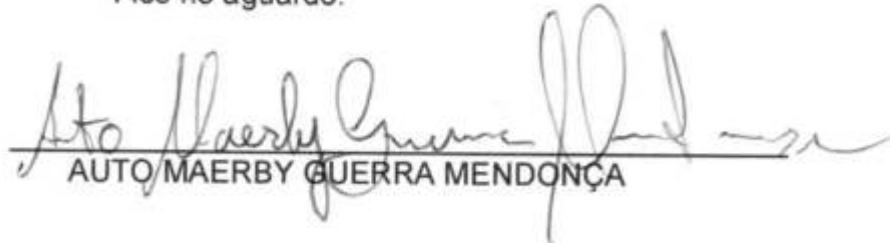
Prezado Senhor(a),

Solicito de V.S^a, que meu processo de INVALIDEZ seja REANALISADO, uma vez que eu fui vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 17/07/2019, onde sofri LEÕES GRAVES EM MINHA MÃO E PÉ ESQUERDO E TAMBEM TRAUMA ABDOMINAL fiz todo tratamento médico e mesmo assim ENCONTRO-ME ATUALMENTE COM SEQUELAS. E foi liberado para mim um valor muito inferior ao que tenho Direito. Em contato com o atendimento da Lider fui orientado a fazer uma carta explicando a situação para que então eu receba a importância a que tenho Direito.

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.S^a, que meu processo seja REANALISADO e que seja liberado o valor que realmente me é de direito, uma vez que estou com seqüelas.

Certo de vossa atenção

Fico no aguardo.



AUTO MAERBY GUERRA MENDONÇA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190677754 **Cidade:** Panelas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA **Data do acidente:** 17/07/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: POLITRAUMATISMO.
FRATURA DO SEGUNDO METACARPO ESQUERDO.
TRAUMATISMO CONTUSO DO PÉ ESQUERDO.

Descrição do exame físico: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DO SEGUNDO METACARPO ESQUERDO, EDEMA, RIGIDEZ ARTICULAR E SUDORESE DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADO DA FRATURA DO SEGUNDO METACARPO DIREITO.
SEM MENÇÃO A FISIOTERAPIA.
NÃO APRESENTOU DOCUMENTAÇÃO DA ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 13/12/2019

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICO LEGAL ANEXADA AO SINISTRO E DA PERÍCIA REALIZADA OPTADO POR NÃO MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR, UMA VEZ QUE NÃO HÁ SUSTENTAÇÃO TÉCNICA PARA AMPLIAR O DANO DA MÃO ESQUERDA PARA O MEMBRO COMO UM TODO.

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 uma das mãos	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190677754 **Cidade:** Panelas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA **Data do acidente:** 17/07/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: POLITRAUMATISMO.
FRATURA DO SEGUNDO METACARPO ESQUERDO.
TRAUMATISMO CONTUSO DO PÉ ESQUERDO.

Descrição do exame físico: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DO SEGUNDO METACARPO ESQUERDO, EDEMA, RIGIDEZ ARTICULAR E SUDORESE DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADO DA FRATURA DO SEGUNDO METACARPO DIREITO.
SEM MENÇÃO A FISIOTERAPIA.
NÃO APRESENTOU DOCUMENTAÇÃO DA ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 13/12/2019

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICO LEGAL ANEXADA AO SINISTRO E DA PERÍCIA REALIZADA OPTADO POR NÃO MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR, UMA VEZ QUE NÃO HÁ SUSTENTAÇÃO TÉCNICA PARA AMPLIAR O DANO DA MÃO ESQUERDA PARA O MEMBRO COMO UM TODO.

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 uma das mãos	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00