



NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-06 | Ins. Est. 0066943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
JOSE GILVAN BEZERRA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
TV JOAO SALES DE MENEZES 9

CPF 034.488.444-97

IPATINGA/RECIFE
RECIFE PE
50670-391

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

PERÍODO DE FISCALIZAÇÃO	PERÍODO DE FISCALIZAÇÃO	PERÍODO DE FISCALIZAÇÃO
09/12/2019	UNICA	09/12/2019
09/12/2019	2010-2012	5053300

CONTA CONSUMO	PERÍODO
7001490030	12/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO
16/12/2019	07/01/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	181,93

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

HOME
JOSE GILVAN BEZERRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5063969 SSP PE

CPF
034.488.444-97

DATA NASCIMENTO
15/04/1978

FILIAÇÃO
JOAO TAVARES BEZERRA

SEVERINA FRANCA BEZERRA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
A3

Nº REGISTRO
01907373248

VALIDADE
12/04/2022

1ª HABILITAÇÃO
03/08/2001

OBSERVAÇÕES
CEIFF
KAR

ASSINATURA DO PORTADOR
JOSE GILVAN BEZERRA

DATA EMISSÃO
17/04/2017

LOCAL
RECIFE - PE

ASSINATURA DO EMISSOR
Charles Andrews Souza Ribeiro
Diretor Presidente

46448451008
PE078376750

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1421938311

PROIBIDO PLASTIFICAR
1421938311

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Avoa (kWh)	187,0000000	0,75727874	141,81
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,96
Acrescimo Bandeira VERMELHA			7,71
Contrib. Ilum. Pública Municipal			23,84
Multa por atraso-NF 079718660 - 07/10/19			2,51
Multa por atraso-NF 083542014 - 07/11/19			2,38
Juros por atraso-NF 083542014 - 07/11/19			0,83
Juros por atraso-NF 079718660 - 07/10/19			1,04
Atualização IGPM-NF 083542014 - 07/11/19			0,25
Atualização IGPM-NF 079718660 - 07/10/19			0,70
TOTAL DA FATURA			181,93

DEMONSTRATIVO DO CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
80759094	CAT	DATA 09/12/2019 LEITURA 14 086,00	DATA 09/12/2019 LEITURA 15 253,00	32	1,0000		187,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
CONSUMO (KWH)	VALOR (R\$)
187	141,81
149	11,81
145	11,81
114	9,00
112	8,81
145	11,81
139	10,71
153	11,81
157	11,81
173	11,81
146	11,81
131	11,81
158	11,81

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Uma vez que a tarifa de energia elétrica é um serviço essencial, o cliente é obrigado a pagar a tarifa mesmo que não tenha consumido energia elétrica no mês. O cliente é responsável por manter a tarifa em dia, sob pena de suspensão do fornecimento de energia elétrica.

As condições gerais de fornecimento de energia elétrica estão disponíveis no site www.celpe.com.br.

As condições gerais de fornecimento de energia elétrica estão disponíveis no site www.celpe.com.br.

As condições gerais de fornecimento de energia elétrica estão disponíveis no site www.celpe.com.br.

As condições gerais de fornecimento de energia elétrica estão disponíveis no site www.celpe.com.br.

As condições gerais de fornecimento de energia elétrica estão disponíveis no site www.celpe.com.br.

As condições gerais de fornecimento de energia elétrica estão disponíveis no site www.celpe.com.br.

As condições gerais de fornecimento de energia elétrica estão disponíveis no site www.celpe.com.br.

As condições gerais de fornecimento de energia elétrica estão disponíveis no site www.celpe.com.br.

As condições gerais de fornecimento de energia elétrica estão disponíveis no site www.celpe.com.br.

As condições gerais de fornecimento de energia elétrica estão disponíveis no site www.celpe.com.br.

As condições gerais de fornecimento de energia elétrica estão disponíveis no site www.celpe.com.br.

As condições gerais de fornecimento de energia elétrica estão disponíveis no site www.celpe.com.br.

As condições gerais de fornecimento de energia elétrica estão disponíveis no site www.celpe.com.br.

As condições gerais de fornecimento de energia elétrica estão disponíveis no site www.celpe.com.br.

As condições gerais de fornecimento de energia elétrica estão disponíveis no site www.celpe.com.br.

As condições gerais de fornecimento de energia elétrica estão disponíveis no site www.celpe.com.br.

As condições gerais de fornecimento de energia elétrica estão disponíveis no site www.celpe.com.br.

As condições gerais de fornecimento de energia elétrica estão disponíveis no site www.celpe.com.br.

As condições gerais de fornecimento de energia elétrica estão disponíveis no site www.celpe.com.br.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014802438261
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA Cód. RENAVAM 1 990369722
R.N.T.R.C. *****
EXERCÍCIO 2019

JOSE MARIANO DA SILVA

RECIFE-PE

CPF / CNPJ 600.469.294-87
PLACA ANT / UF KHP-0927

CHASSI 9CDNF41LJ8M247163

PAS / MOTOCICLISTA
ESPECIE TIPO
COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO JTA / SUZUKI
ANO FAB. 2008
ANO MOD. 2008

CAP / POT / CIL 2P / 125CL
CATEGORIA PARTIC
COR PREDOMINANTE PRATA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA
IPVA 2019 QUITADO 1º *****
FAIXA LPVA PARCELAMENTO / COTAS 2º *****
3º *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11
IOF (R\$) 0.32
PRÊMIO TOTAL (R\$) 84.58
DATA DE PAGAMENTO 15/02/19

AL. FID. BANCO ITAUCARD SA

RECIFE LOCAL Robe Carlos Moreira Fontelles
17/02/19
Diretor Presidente DETRAN/PE

DETRAN

CONTRAN

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

PE Nº 014802438261 BILHETE DE SEGURO DPVAT
JOSE MARIANO DA SILVA
AVENIDA DA RECUPERAÇÃO 808 52091-010
GUABIRABA RECIFE-PE

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

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

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 17/02/19

VIA 1 CPF / CNPJ 600.469.294-87 PLACA KHP-0927

RENAVAM 990369722 MARCA / MODELO JTA / SUZUKI

ANO FAB. 2008 ANO MOD. 2008 Nº CHASSI 9CDNF41LJ8M247163

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) 36.05 DENATRAM (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.32 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 84.58

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 15/02/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190722950 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GILVAN BEZERRA **Data do acidente:** 27/08/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Hematoma de perna esquerda, neuropraxia de nervo fibular esquerdo

Descrição do exame físico: Ao exame apresenta limitação na flexão dorsal do tornozelo (cerca de 5 graus). Realiza flexão plantar a 45 graus. Apresenta claudicação da marcha, deficit de força grave do tornozelo, com hipotrofia do membro inferior esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetido a drenagem de hematoma e fisioterapia. Evolução com comprometimento funcional por lesão do fibular. Alta há cerca de 3 meses.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0471323/19

Vítima: JOSE GILVAN BEZERRA

CPF: 034.488.444-97

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/08/2018

Titular do CPF: JOSE GILVAN BEZERRA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA 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

JOSE GILVAN BEZERRA : 034.488.444-97

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

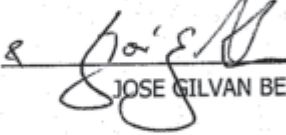
O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das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

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

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

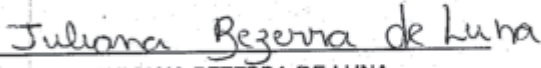
Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/12/2019
Nome: JOSE GILVAN BEZERRA
CPF: 034.488.444-97


JOSE GILVAN BEZERRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/12/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69


JULIANA BEZERRA DE LUNA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190722950 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GILVAN BEZERRA **Data do acidente:** 27/08/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Hematoma de perna esquerda, neuropraxia de nervo fibular esquerdo

Descrição do exame Ao exame apresenta limitação na flexão dorsal do tornozelo (cerca de 5 graus). Realiza flexão plantar a 45 graus.
físico: Apresenta claudicação da marcha, deficit de força grave do tornozelo, com hipotrofia do membro inferior esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetido a drenagem de hematoma e fisioterapia. Evolução com comprometimento funcional por lesão do fibular. Alta há cerca de 3 meses.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190722950 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GILVAN BEZERRA **Data do acidente:** 27/08/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FERIMENTO CORTO CONTUSO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO(P.7)
NEUROPRAXIA DO NERVO FIBULAR? (P.13)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- LIMPEZA- SUTURA (P.7)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190722950 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GILVAN BEZERRA **Data do acidente:** 27/08/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FERIMENTO CORTO CONTUSO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO(P.7)
NEUROPRAXIA DO NERVO FIBULAR? (P.13)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- LIMPEZA- SUTURA (P.7)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190722950**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE GILVAN BEZERRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

1 TRAVESSA JOAO SALES DE MENEZES, 5 - Recife - PE - CEP 50670-391

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PE**] **5063969**

Data e local do acidente: [**27/08/2018**] **Recife, PE**

Data e local do exame: [**21/01/2020**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Hematoma de perna esquerda, neuropraxia de nervo fibular esquerdo

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame apresenta limitação na flexão dorsal do tornozelo (cerca de 5 graus). Realiza flexão plantar a 45 graus. Apresenta claudicação da marcha, deficit de força grave do tornozelo, com hipotrofia do membro inferior esquerdo.

III. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

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

Submetido a drenagem de hematoma e fisioterapia. Evolução com comprometimento funcional por lesão do fibular. Alta há cerca de 3 meses.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional do tornozelo esquerdo

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

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

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

☐ "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

☐ "Sem sequela permanente" (Não

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

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo esquerdo

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☒ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Leonardo de Faria Neves - CRM: 17742 - PE

Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190722950

Vítima: JOSE GILVAN BEZERRA

Data do Acidente: 27/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE GILVAN BEZERRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190722950

Vítima: JOSE GILVAN BEZERRA

Data do Acidente: 27/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE GILVAN BEZERRA

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

Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190722950

Vítima: JOSE GILVAN BEZERRA

Data do Acidente: 27/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE GILVAN BEZERRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau intenso 75%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%	
Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$ 2.531,25

Recebedor: JOSE GILVAN BEZERRA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000048

Conta: 00000190744-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 034.488.444-97 4 - Nome completo da vítima: JOSE GILVAN BEZERRA

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

5 - Nome completo: JOSE GILVAN BEZERRA 6 - CPF: 034.488.444-97
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: TV S. DE MENEZES 9 - Número: 05 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: PUTINGUA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: _____ 14 - CEP: 50.670-391
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (81) 9-8790-9451

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:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 0048 CONTA: 190744 5

(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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RECIFE 27 de dezembro 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Invalidez: 569580
ASL: 0471323/19
Dano: 569581
ASL: 0471332/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0096007839

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **20/12/2019** às **08:01**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **27/8/2018** às **14:25**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA CAXANGA, 01** - Bairro: **CORDEIRO** -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **PARQUE DE EXPOSIÇÕES DO CORDEIRO**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSE MARIANO DA SILVA (OUTRO)
JOSE GILVAN BEZERRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

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

JOSE GILVAN BEZERRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEVERINA FRANCA BEZERRA Pai: JOAO TAVARES BEZERRA Data de Nascimento: 15/4/1978 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Residencial: 1 TV JOAO SALES MENEZES - Nº 5 - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

JOSE MARIANO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE MARIANO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE GILVAN BEZERRA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/SUZUKI/YES** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHP0927** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2008/NÃO INFORMADO**

Complemento / Observação

A VÍTIMA TRANSITAVA NO DIA/LOCAL/HORA INDICADOS, QUANDO NA CONDUÇÃO DO VEICULO SUPRA CITADO, SOCORRIDO PELO SAMU E SOCORRIDO PARA UPA DA CAXANGA.

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

JOSE GILVAN BEZERRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALVARO DO REGO VALENÇA JUNIOR** - Matrícula: **272728-5**

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: 034.488.444-97 4 - Nome completo da vítima: JOSE GILVAN BEZERRA

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

5 - Nome completo: JOSE GILVAN BEZERRA 6 - CPF: 034.488.444-97
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: TV S. DE MENEZES 9 - Número: 05 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: PUTINGUA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: _____ 14 - CEP: 50.670-391
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (81) 9-8790-9451

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:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 0048 CONTA: 190744 5

(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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RECIFE 27 de dezembro 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



POR VOCÊ, TRABALHANDO SEM PARAR.



**SAMU
192**

**Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 052.09.2018
EM: 25.09.2018

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **JOSÉ GILVAN BEZERRA**, portador do Documento de Identidade nº **5063969** SSP-PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **034.488.444-97**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-519169**, que no dia 27 de agosto de 2018, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo automóvel e moto, por volta das 14h25, na Avenida Caxangá, após ao Parque Exposição de Animais, imediações do Posto Petrobrás, Cordeiro, Recife/PE e, em seguida, sendo encaminhado para a UPA Caxangá. Recife, 25 de setembro de 2018.

Dr. Sergio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife



Carlos Eduardo Macedo
Gerente Operacional
Administrativo Financeiro
SAMU Metropolitano Recife
Mat. 92648-9

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: 27/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE GILVAN BEZERRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00048

CONTA: 000000190744-5

Nr. da Autenticação FD0618A04DD66B8C



NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-06 | Ins. Est. 0066943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
JOSE GILVAN BEZERRA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
TV JOAO SALES DE MENEZES 9

CPF 034.488.444-97

IPATINGA/RECIFE
RECIFE PE
50670-391

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

PERÍODO DE FATURAMENTO	PERÍODO DE VENCIMENTO	PERÍODO DE PAGAMENTO
09/12/2019	16/12/2019	07/01/2020
09/12/2019	2010-2012	5053300

CONTA CONSUMO	PERÍODO
7001490030	12/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
16/12/2019	07/01/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	181,93

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

HOME
JOSE GILVAN BEZERRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5063969 SSP PE

CPF
034.488.444-97

DATA NASCIMENTO
15/04/1978

FILIAÇÃO
JOAO TAVARES BEZERRA

SEVERINA FRANCA BEZERRA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
A3

Nº REGISTRO
01907373248

VALIDADE
12/04/2022

1ª HABILITAÇÃO
03/08/2001

OBSERVAÇÕES
CEIFF
KAR

ASSINATURA DO PORTADOR
JOSE GILVAN BEZERRA

DATA EMISSÃO
17/04/2017

LOCAL
RECIFE - PE

ASSINATURA DO EMISSOR
Charles Andrews Souza Ribeiro
Diretor Presidente

46448451008
PE078376750

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1421938311

PROIBIDO PLASTIFICAR
1421938311

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Avoa (kWh)	187,0000000	0,75727874	141,81
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,96
Acrescimo Bandeira VERMELHA			7,71
Contrib. Ilum. Pública Municipal			23,84
Multa por atraso-NF 079718660 - 07/10/19			2,51
Multa por atraso-NF 083542014 - 07/11/19			2,38
Juros por atraso-NF 083542014 - 07/11/19			0,83
Juros por atraso-NF 079718660 - 07/10/19			1,04
Atualização IGPM-NF 083542014 - 07/11/19			0,25
Atualização IGPM-NF 079718660 - 07/10/19			0,70
TOTAL DA FATURA			181,93

DEMONSTRATIVO DO CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
80798094	CAT	DATA 07/11/2019 LEITURA 14 086,00	DATA 06/12/2019 LEITURA 15 253,00	32	1,0000		187,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		COMPOSIÇÃO DE TRIBUTOS	
DEZ 19	187	BASE DE CÁLCULO	%
NOV 19	149	150,28	25,00
OUT 19	145	150,28	0,44
SET 19	114	150,28	2,92
AGO 19	112		
JUL 19	145		
JUN 19	139		
MAY 19	153		
ABR 19	157		
MAR 19	173		
FEV 19	146		
JAN 19	131		
DEZ 18	159		
		ICMS	0,44
		PIS	0,66
		COFINS	3,03
		VALOR DO IMPORTE	37,57
		Transmissão	R\$ 5,80 3,73%
		Distribuição (Celpe)	R\$ 33,99 22,82%
		Perdas de Energia	R\$ 10,71 7,13%
		Encargos Setoriais	R\$ 7,36 5,31%
		Tributos	R\$ 41,26 27,40%
		Total	R\$ 100,28 100%

ATENÇÃO: O cliente deve pagar a fatura até o dia 07 de janeiro de 2020. O cliente é responsável por pagar a fatura até o dia 07 de janeiro de 2020. O cliente é responsável por pagar a fatura até o dia 07 de janeiro de 2020.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL nº 1420/10, tarifas, créditos, serviços prestados e tributos) encontram-se disponíveis no site www.celpe.com.br.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL nº 1420/10, tarifas, créditos, serviços prestados e tributos) encontram-se disponíveis no site www.celpe.com.br.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL nº 1420/10, tarifas, créditos, serviços prestados e tributos) encontram-se disponíveis no site www.celpe.com.br.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL nº 1420/10, tarifas, créditos, serviços prestados e tributos) encontram-se disponíveis no site www.celpe.com.br.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL nº 1420/10, tarifas, créditos, serviços prestados e tributos) encontram-se disponíveis no site www.celpe.com.br.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL nº 1420/10, tarifas, créditos, serviços prestados e tributos) encontram-se disponíveis no site www.celpe.com.br.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL nº 1420/10, tarifas, créditos, serviços prestados e tributos) encontram-se disponíveis no site www.celpe.com.br.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL nº 1420/10, tarifas, créditos, serviços prestados e tributos) encontram-se disponíveis no site www.celpe.com.br.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL nº 1420/10, tarifas, créditos, serviços prestados e tributos) encontram-se disponíveis no site www.celpe.com.br.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL nº 1420/10, tarifas, créditos, serviços prestados e tributos) encontram-se disponíveis no site www.celpe.com.br.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL nº 1420/10, tarifas, créditos, serviços prestados e tributos) encontram-se disponíveis no site www.celpe.com.br.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL nº 1420/10, tarifas, créditos, serviços prestados e tributos) encontram-se disponíveis no site www.celpe.com.br.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL nº 1420/10, tarifas, créditos, serviços prestados e tributos) encontram-se disponíveis no site www.celpe.com.br.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL nº 1420/10, tarifas, créditos, serviços prestados e tributos) encontram-se disponíveis no site www.celpe.com.br.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL nº 1420/10, tarifas, créditos, serviços prestados e tributos) encontram-se disponíveis no site www.celpe.com.br.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL nº 1420/10, tarifas, créditos, serviços prestados e tributos) encontram-se disponíveis no site www.celpe.com.br.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL nº 1420/10, tarifas, créditos, serviços prestados e tributos) encontram-se disponíveis no site www.celpe.com.br.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL nº 1420/10, tarifas, créditos, serviços prestados e tributos) encontram-se disponíveis no site www.celpe.com.br.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL nº 1420/10, tarifas, créditos, serviços prestados e tributos) encontram-se disponíveis no site www.celpe.com.br.

FICHA DE AVALIAÇÃO

DATA: 24/09/2018

Nome: Ren Wilson Bezerra CPF: 034.488.444-97

DN: 18/09/1978 Sexo: masculino Profissão: motorista

Endereço: Rua Sena Sales de Menezes 05, Brasília
Rio de Janeiro

Telefone Fixo: _____ N° Celular: 98857-9350

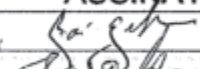
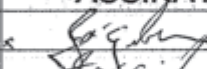
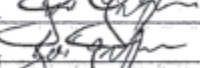
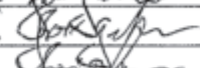
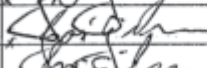
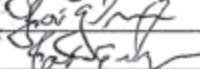
Médico: Dr. Rodrigo Pires Diagnóstico: Lesão traumática MTE

QP: Paciente com lesão no pé direito não metacarpo 5º
distal do 2º

HDA: NO dia 27/08/2018 o paciente caiu de um
moto quando foi freado por outro moto
e acabou colidindo no porta motor de um
carro.

Cirurgias Anteriores: _____

DM () HIPERTENÇÃO () CARDIOPATIA () OSTEOPOROSE () OUTROS ()

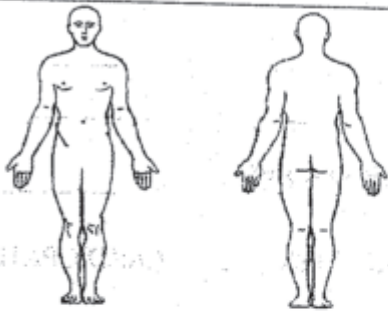
	DATA	HORA	ASSINATURA		DATA	HORA	ASSINATURA
01	24/09/18			11	08/10/18		
02	25/09/18			12	09/10/18		
03	26/09/18			13	10/10/18		
04	27/10/18			14	11/10/18		
05	28/10/18			15	15/10/18		
06	01/10/18			16	16/10/18		
07	02/10/18			17	17/10/18		
08	03/10/18			18	18/10/18		
09	04/10/18			19	19/10/18		
10	05/10/18			20	22/10/18		

DATA	HORA	ASSINATURA	DATA	HORA	ASSINATURA
21	23/10/18		31	07/11/18	
22	24/10/18		32	08/11/18	
23	25/10/18		33	09/11/18	
24	26/10/18		34	12/11/18	
25	29/10/18		35	13/11/18	
26	30/10/18		36	14/11/18	
27	31/10/18		37	16/11/18	
28	01/11/18		38	19/11/18	
29	05/11/18		39	20/11/18	
30	06/11/18		40	21/11/18	

* Plano de pagamento () Pacote () A vista Obs: _____

EXAME FÍSICO

- Escala de dor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Características e dor: agudo
- Palpação: Doloroso
- Edema: +
- Sensibilidade: alterada
- Tônus/reflexos: _____
- Postura/equilíbrio/coordenação: _____
- Marcha/transferência: _____
- Estado funcional/ADV's: _____
- Testes especiais: _____

AREA	ADM	FORÇA(0-5)		
MMS				
MMII				

TRATAMENTO FISIOTERAPEUTICO

PLANO DE TRATAMENTO: _____ SESSÕES: _____ X/SEMANA DIAS: _____

HORÁRIO: _____

Instituição, _____ de _____ de _____

Giovani Ferreira
Fisioterapeuta
CREPITO: 169989-F

[Assinatura]

Carimbo e Assinatura

laudo médico



SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió-Recife-PE PABX 3182-8500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: Fra. Gilson Bezerra Registro: _____

Clínica: _____ Procedência: _____

Síndrome de Trauma
com ferimento na perna e
no Açofo/2018. Deputado
do Exército 3 ps. Sem
proteção.

- lesão muleta?
Soleto RNM. Ao Pass
p/ análise de benefício
CID: 586

Data:

4/4/15

075-HQF

Mélio Melo
Dr. SANDRELLI
Ten. Cel. PM GOM
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE 11.057



SES/FUSAM

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado

Jose Gervasio Bezerra

portador da Carteira Profissional n.º

Série

necessita de

21 (uma com) dias de afastamento

do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

c) Diagnóstico

Lesão do nervo fibroso?
+ lesão operatória de nervo da
umotoma

d) Tratamento

Deverá retornar ao Ambulatório de:

Re

Com ____ dias (marcação preferencial, na fila, no dia anterior)

HOSPITAL/AMBULATÓRIO

05/09/18
LOCALIDADE/DATA

Ass. do Médico

Ricardo L. L. L.
CRM nº 26400

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86 DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO N.º 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 01 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

130-HGOF

Data do Atendimento:

27/08/2018

Hora: 15:04:53

PRONTUÁRIO: 199932

Colaborador: DEBORAMCS

No. Atendimento:

1206755

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sector / Serviço:

CONSULTORIO MEDICO

Nome: **JOSE GILVAN BEZERRA**

Sexo: Masculino

Data de Nascimento: 15/04/1978

Idade: 40 Anos, 4 Meses e 12 Dias

C.I.:

Pais ou responsáveis: SEVERINA FRANCA BEZERRA

Endereço: DE 414/415 AO FIM JOAO SALES DE MENEZES, 5 - IPUTINGA - 50670390

Cidade: RECIFE

Tel.: 8188579350

Hora do Atendimento:

/ Hs

Peso: Kg

Temperatura:

QPD / HDA:

EXAME FÍSICO:

DIAGNÓSTICO:

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:

*Destino do Paciente: () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internamento

() Transferência para outra Unidade () Óbito () Outro:

*Condição de Saúde do Paciente: () Melhorado () Alterado () Piorado

Carimbo e Assinatura
SBCOT 13098 / SBCOC
CRM 17411

Messias Dias
Téc. Imobilização
Ortopédica
Mat: 4184

Médico - Carimbo e Assinatura

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 27/08/2018 14:56

Nome Paciente: JOSE GILVAN BEZERRA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 15/04/1978
Sexo: Masculino
Idade: 40
Senha: OR0068
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 27/08/2018 15:00 - 27/08/2018 15:02

REGINA LUCIENE VENTURA P DA SILVA - COREN: 38470 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

URGENCIA

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU RECIFE N DA OCORRENCIA 519169// BASICA 03// MACA SEM NUM // VITIMA DE COLISÃO CARRO MOTO COM DOR EM MIE + FERIMENTO CORTE CONTUSO HGT-170

Observação:

HAS - NEGA
DM - NEGA
NEGA ALERGIA

Fluxograma sintoma:

TRAUMA MODERADO

Discriminador(es):

- DOR MODERADA

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- CAPNOGRAFIA: 93.00 %
- P.A. SISTOLICA: 140.00 MM/HG
- P.A.DISTOLICA: 80.00 MM/HG

Acolhido(a) por: REGINA LUCIENE VENTURA P DA SILVA - COREN: 38470 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 27/08/2018 15:02

Data do Atendimento: 28/08/2018 Hora: 10:00:57
No. Atendimento: 1207042 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Setor / Serviço: CONSULTORIO MEDICO

PRONTUÁRIO: 199932
Colaborador: DEBORAHSS

Nome: JOSE GILVAN BEZERRA Sexo: Masculino
Data de Nascimento: 15/04/1978 Idade: 40 Anos, 4 Meses e 13 Dias C.I.:
Pais ou responsáveis: SEVERINA FRANCA BEZERRA
Endereço: - DE 414/415 AO FIM JOAO SALES DE MENEZES, 5 - IPUTINGA/ - 50670390
Cidade: RECIFE Tel.: 8188579350 -
Hora do Atendimento: / Hs Peso: Kg Temperatura: °

QPD / HDA:

EXAME FÍSICO:

DIAGNÓSTICO: 2- Ferimento lacerocutâneo perna esqu
da

INDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO Renovação

28/8/18 - RX pe e TNZ esquerdo AP
- limpeza + curativo + sutura

Solicito kit suture

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA: Apuley

*Destino do Paciente: () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internamento
() Transferência para outra Unidade () Óbito () Outro:

*Condição de Saúde do Paciente: () Melhorado () Inalterado () Piorado

Médico - Carimbo e Assinatura

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 28/08/2018 09:59

Nome Paciente: JOSE GILVAN BEZERRA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 15/04/1978
Sexo: Masculino
Idade: 40
Senha: CG0071
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 28/08/2018 10:00 - 28/08/2018 10:00

VANESSA CRISTINA DE OLIVEIRA - COREN: 278340 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

URGENCIA

Cor:

AMARELO

Queixa Principal: RENOVAÇÃO DE PRONTUÁRIO

Fluxograma sintoma: RENOVAÇÃO DE PRONTUÁRIO

Discriminador(es): - RENOVAÇÃO DE PRONTUÁRIO

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: VANESSA CRISTINA DE OLIVEIRA - COREN: 278340 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 28/08/2018 10:00

DATA: 27/08/18

HORA: 22:00

HISTÓRICO

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME: João Alvaro Bezerra
IDADE: 40 REG: 126755 SETOR: primário LEITO:

2. QUEIXA PRINCIPAL

HD: febre em 1 dia

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

Alergias () Quais? pega Tabagismo () Etilismo () Cardiopatia () Diabetes ()
HAS () Câncer () Doença Pulmonar () Depressão () Outros:

EXAME FÍSICO

1. Estado Geral:

Bom () Regular () Comprometido () Grave ()

2. Avaliação de Neurológica:

Nível de Consciência: Consciente () Inconsciente () Orientado () Desorientado () Torporoso () Agitado () Sedado ()
Pupilas: Isocóricas () Anisocóricas () Estrabismo () Midriase () Miose () Fotorreagente ()

3. Condição de locomoção:

Deambula () Cadeira de rodas () acamado ()

4. Dieta

VO () Aceita bem () Não Aceita () Zero () SNG () SNE () GTT ()

5. Dieta

Integra () Não integra () Normocorada () Hipocorada () Ictéria () Anictérica () Cianótica () Acianótica () Sudoréico ()
Lesões () Local: mié Edemas () Local: Acesso venoso MS

6. Condições de Higiene.

Satisfatória () Insatisfatória () Dependente da Enfermagem ()

7. Sistema Respiratório:

() Eupnéico () Dispnéico () Taquipnéico () Bradipnéico () BAN () Tiragem () Ret. Fúrcula Venturi () %
() Cateter Nasal l/m TQT () VNI () AVM () Modo Vent. FIO₂ PIP PEEP

8. Sistema Digestório:

Abdome: plano () Globoso () Escavado () Flácido () Distendido () Tenso () Ascítico ()
Doloroso à palpação: Sim () Não () Visceromegalia: Sim () Não ()

9. Eliminações Fisiológicas:

Evacuação: Presente () Ausente () Tempo dias
Diurese: Presente () Ausente () Espontânea () SVD () SVA () Cistostomia () Vol ml
Aspecto

10. SSVV:

PA: 130x80 mm/Hg P: 75 bpm FR: rpm Sat O₂: 98 % T: 36 °C HGT: mg/dl

Diagnósticos de Enfermagem

PACIENTE: fox - Gilson Zigue REG: 1206755
DATA: 22/08/18 HORA: 20:00 SETOR: manuela LEITO: W140

1 - Estado Geral:

Bom () Regular () Comprometido () Grave ()

1 - Nível de Consciência:

Consciente () Inconsciente () Orientado () Desorientado () Sonolento () Agitado () Sedado ()
Escala de coma de Glasgow: _____ pts

3 - Condição de locomoção:

Deambula () Cadeira de rodas () Acamado ()

4 - Dieta:

Zero () VO () SNG () SNE () GTT () SNG Aberta () Retorno

- Pele:

Integra () Não Integra / Local () Normocorada () Hipocorada () Ictéria () Anictérica ()

Cianótica () Aclanótica () Sudoréico () Hidratada () Desidratado ()

Edema / Local () Acesso venoso

6 - Condições de Higiene

Satisfatória () Insatisfatória () Dependente da Enfermagem

7 - Sistema Respiratório

Eupnéico () Dispneico () Taquipnéico () Bradipnéico () Ban () Tiragem () Ret. Fúrcula ()

Cateter Nasal () l/m Venturi () % TQT () VNI () AVM () Modo Vent FIO² PIP

PEEP TOT N°

8 - Sistema Digestório:

Abdome: plano () Globoso () Escavado () Flácido () Distendido () Tenso () Ascítico ()

Doloroso à palpação: sim () não ()

9 - Eliminações Fisiológicas:

Evacuação: Presente () Ausente () Tempo dias

Diurese: Presente () Ausente () Espontânea () SVD () SVA ()

Cistostomia () Vol ml Aspecto

10 - SSVV:

PA: 130 x 80 mm/Hg P: 75 bpm Sat O₂: 98 % T: _____ °C

HGT: _____ mg/dl

11 - Procedimentos Realizados / Observações

Aguardando mais 01 transição p/ NOB

Nome:
199932-JOSE GILVAN BEZERRA

Sexo: MASCULINO
CNS:

Mãe:
SEVERINA FRANCA BEZERRA

Idade: 40a 4m
Nascimento: 15/04/1978
Contatos: 81 - 88579350 / -

Endereço:
- DE 414/415 AO FIM JOAO SALES DE
MENEZES, 5 - IPUTINGA - RECIFE/ PE -
CEP: 50670390

Data do Atendimento: 28/08/2018
Prontuário: 00199932
Nº Atendimento: 01207042
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico do atendimento: APULEU BRUM REGO VIEIRA

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR(A) JOSÉ GILVAN BEZERRA

PORTADOR(A) DO RG Nº 5063969 E DO CPF 03448844497 COMPARECEU NESTA UNIDADE DE SAÚDE NO PERÍODO DE
27/09/2018 ÀS 15:04 ATÉ 28/09/2018 ÀS 12:35HS

MOTIVOS:

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O SR. JOSÉ GILVAN BEZERRA DE 40 ANOS FOI ATENDIDO NESTA UNIDADE DE SAÚDE NO PERÍODO ACIMA DETERMINADO (27/08/18 A 28/08/18). SAINDO NO DIA 28/08/18, APÓS TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR PARA O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, CONFORME REGISTRO NO SISTEMA ELETRÔNICO DESTA UNIDADE DE SAÚDE (UPA DA CAXANGÁ).

ATENCIOSAMENTE,
MICHELINE GALVÃO
ASSISTENTE SOCIAL

UPA - 24h.
Caxangá
Serviço Social

Micheline Galvão
Assistente Social
CRESPER 4829



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome:
199932-JOSE GILVAN BEZERRA

Sexo: CNS:
MASCULINO

Mãe:
SEVERINA FRANCA BEZERRA

Idade: Nascimento:
40a 4m 15/04/1978

Contatos
81 - 88579350 / -

Endereço
- DE 414/415 AO FIM JOAO SALES DE
MENEZES, 5 - IPUTINGA - RECIFE/ PE -
CEP: 50670390

Data do Atendimento: 28/08/2018

Prontuário: 00199932

Nº Atendimento: 01207042

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico do atendimento: APULEU BRUM REGO VIEIRA

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR(A) JOSÉ GILVAN BEZERRA

PORTADOR(A) DO RG Nº 5063969 E DO CPF 03448844497 COMPARECEU NESTA UNIDADE DE SAÚDE NO PERÍODO DE
27/09/2018 ÀS 15:04 ATÉ 28/09/2018 ÀS 12:35HS

MOTIVOS:

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O SR. JOSÉ GILVAN BEZERRA DE 40 ANOS FOI ATENDIDO NESTA UNIDADE DE SAÚDE NO PERÍODO ACIMA DETERMINADO (27/08/18 A 28/08/18). SAINDO NO DIA 28/08/18, APOS TRANSFERENCIA HOSPITALAR PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS, CONFORME REGISTRO NO SISTEMA ELETRONICO DESTA UNIDADE DE SAÚDE (UPA DA CAXANGÁ).

ATENCIOSAMENTE,
MICHELINE GALVÃO
ASSISTENTE SOCIAL

UPA - 24h.
Caxangá
Serviço Social

Micheline Galvão
Assistente Social
CRESSPE 4829



SES

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

RESUMO DE ALTA

Nome: JOSE GILVAN BEZERRA

Reg: 1067059

Enf: 14

Leito: 03

DATA DE ENTRADA: 28/08/2018

DATA DE SAÍDA: 05/09/2018

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

HEMATOMA EM PERNA ESQUERDA + NEUROPAXIA DO NERVO FIBULAR ?

DIAGNÓSTICO FINAL:

O MESMO

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):

PACIENTE DEU ENTRADA NO SERVIÇO COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, TENDO EVOLUÍDO COM HEMATOMA E DÉFICIT DE DORSIFLEXÃO. FOI FEITO DRENAGEM DO HEMATOMA COM MELHORA DE PARTES MOLES. RECEBE ALTA EM BOAS CONDIÇÕES EM USO DE TALA PARA MANUTENÇÃO DO PÉ EM POSIÇÃO NEUTRA , DEVENDO USAR PREGABALINA.

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE: ORTOPEDIA PÉ
PARA CONTROLE EM: 21 DIAS

Ricardo Villar
MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM
10440
26400

PACIENTE: José Gilvan Bezerra REG:
DATA: 28/08/18 HORA: 10:30 SETOR: Amarelo LEITO: MAC EXT 1

1 - Estado Geral:

Bom () Regular (X) Comprometido () Grave ()

1 - Nível de Consciência:

Consciente ☒ Inconsciente ☐ Orientado ☒ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado ☐ Sedado

3 - Condição de locomoção:

Deambula () Cadeira de rodas ☒ Acamado ()

4 - Dieta:

Zero () VO () SNG () SNE () GTT () SNG Alberta () Retorno

Pele:

Íntegra ☒ Não íntegra / Local (): abdominal Normocorada ☒ Hipocorada () Ictéria () Anictérica
Cianótica () Acianótica ☒ Sudoréico () Hidratada ☒ Desidratado ()
Edema / Local (): Acesso venoso

6 - Condições de Higiene

Satisfatória () ☒ Insatisfatória () Dependente da Enfermagem

7 - Sistema Respiratório

Eupnéico (☒) Dispnéico (☐) Taquipnéico (☐) Bradipnéico (☐) Bar (☐) Tiragem (☐) Ret. Fúrcula (☐)
Cateter Nasal (☐) Im Venturi (☐) % TQT (☐) VNI (☐) AVM (☐) Modo Vent Humid FIO₂
PEEP TOT N°

8 - Sistema Digestório:

Abdome: plano () Globoso () Escavado () Flácido () Distendido () Tenso () Ascítico ()
Doloroso à palpação: sim () não ()

9 - Eliminações Fisiológicas:

Evacuação: Presente (X) Aspecto _____ Tempo _____ Ausente () Tempo _____ dias
Diurese: Presente () Ausente () Espontânea (X) SVD () SVA ()
ostomia () Vol _____ ml Aspecto _____

10 - SSVV:

PA: 110/40 mm/Hg P: 93 bpm Sat O₂: 99 % T: 36.7 °C
HGT: 91 mg/dl

11 - Procedimentos Realizados / Observações

Atividade Realizada / Observações

Kleyton Assis
Enfermeiro
COREN-PE 466089

PACIENTE: _____ REG: _____
DATA: ____/____/____ HORA: ____:____ SETOR: _____ LEITO: _____

1 - Estado Geral:

Bom () Regular () Comprometido () Grave ()

1 - Nível de Consciência:

Consciente () Inconsciente () Orientado () Desorientado () Sonolento () Agitado () Sedado ()
Escala de coma de Glasgow: _____ pts

3 - Condição de locomoção:

Deambula () Cadeira de rodas () Acamado ()

4 - Dieta:

Zero () VO () SNG () SNE () GTT () SNG Aberta () Retorno

5 - Pele:

Íntegra () Não íntegra / Local (): _____ Normocorada () Hipocorada () Ictéria () Anictérica ()
Cianótica () Acianótica () Sudoréico () Hidratada () Desidratado ()
Edema / Local (): _____ Acesso venoso _____

6 - Condições de Higiene

Satisfatória () Insatisfatória () Dependente da Enfermagem

7 - Sistema Respiratório

Eupnéico () Dispneico () Taquipnéico () Bradipnéico () Ban () Tiragem () Ret. Fúrcula ()
Cateter Nasal () ____ l/m Venturi () ____ % TQT () VNI () AVM () Modo Vent ____ FIO² ____ PIP ____
PEEP ____ TOT N° ____

8 - Sistema Digestório:

Abdome: plano () Globoso () Escavado () Flácido () Distendido () Tenso () Ascítico ()
Doloroso à palpação: sim () não ()

9 - Eliminações Fisiológicas:

Evacuação: Presente () Aspecto _____ Ausente () Tempo _____ dias
Diurese: Presente () Ausente () Espontânea () SVD () SVA ()
Distostomia () Vol _____ ml Aspecto _____

10 - SSVV:

A: _____ mm/Hg P: _____ bpm Sat O₂: _____ % T: _____ °C
GT: _____ mg/dl

11 - Procedimentos Realizados / Observações

PACIENTE:

June Gilman Begona

LEITO:

REG:

MÉDICO:

DATA:

[illegible]

+	Nome:	Enf.:	Leito.:
Data	Evolução Clínica:	REG:	
	<i>Handwritten notes in the clinical evolution column, including a date stamp: 04/18/2018.</i>	<i>Handwritten notes in the registration column, including a date stamp: 04/18/2018.</i>	<i>Handwritten notes in the empty column, including a date stamp: 04/18/2018.</i>



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Hospital Infantil
Maria Lucinda
Fundação Manoel de Silva Almeida

CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM
TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: _____ Registro: _____
Clínica: _____ Enfermeira: _____ Leito: _____
Hipótese Diagnóstico: _____

Hora Admissão: _____ **PLANTÃO DIURNO** Data: ____/____/____

Estado Geral	() Regular	() Grave	() Gravíssimo
Dieta	() VO	() SNG	() SNE () SML () SOG () Dieta zero
Padrão Respiratório	() Espenico	() Taquipnéico	() Bradispnéico () Dispnéico
Acesso Venoso	() Periférico	() Central	Local: _____
Curativo	() Sim	() Não	Local: _____
Drenos	() Sim	() Não	Local: _____
Evacuações	() Presente	() Ausente	Aspecto: _____
Diurese	() Presente () SVD/SVA	() Ausente	Aspecto: _____

Observações: _____

Técnico de Enfermagem: _____

CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM
TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: Jose Gilvan Siqueira Registro: _____
Clínica: _____ Enfermeira: _____ Leito: _____
Hipótese Diagnóstico: _____

Hora Admissão: _____ **PLANTÃO NOTURNO** Data: 17/8/18

Estado Geral	() Regular	() Grave	() Gravíssimo
Dieta	() VO	() SNG	() SNE () SML () SOG () Dieta zero
Padrão Respiratório	() Espenico	() Taquipnéico	() Bradispnéico () Dispnéico
Acesso Venoso	() Periférico	() Central	Local: _____
Curativo	() Sim	() Não	Local: _____
Drenos	() Sim	() Não	Local: _____
Evacuações	() Presente	() Ausente	Aspecto: _____
Diurese	() Presente () SVD/SVA	() Ausente	Aspecto: _____

Observações: _____

Técnico de Enfermagem: Josemildo + Grazianna

Cuidados de Enfermagem:

Horário

Responsável

[illegible]

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () SENHA 5500058
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

Nome do Paciente: Vossé GUN BOZEM IDENTIFICAÇÃO BOZEM Idade: 402
Sexo: M (X) F () Profissão: _____ Fone: _____
Endereço Residencial: _____ Bairro: _____
Cidade: _____

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão) Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso do Cinto: S () N ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismos do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Função de rins (C) com
FEITICHO com sintomas de febre e dor
na cabeça
Hipótese Diagnóstica: Leptospirose / febre
N. F. 130

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ x _____
Vias Aéreas: FR _____ Dispnéia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/Estridor: S () N ()
Distúrbio: Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesão de Face: S () N () Retratação Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lenificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR:RN 35-50

< 1 ano 30-50
Criança 20-30
Adulto 12-30

FR:RN 120-180

< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estimulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a Voz 3
Abertura Ocular a Dor 2
Sem Abertura Ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Sons Incompreensíveis 2
Sem resposta Verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao Comando 6
Localiza Estimulo Doloroso 5
Retirada ao Estimulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descerebração 2
Sem Resposta Motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
Dificuldade na fala ()
Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento Externo: S () N ()
Lesões Intra-Torácica: S () N () Fratura Pélvis S () N ()
Lesões Intra-Abdominais: S () N () Fraturas em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Uso álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()
Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()
Uso Outras Drogas: S () N () Informante: Vítima () Outros ()
Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança Perfume () Anfetamina () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()
Imobilização Tala Gessada: S () N ()
Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____
Oxigêniooterapia: Cateter () Venturi () GPAP ()
Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()
Entubação Orotraqueal: S () N ()
Ventilação Mecânica: Modalidade _____
FIO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()
RX: S () N () Analgesia: S () N ()
Infusão de Fluidos: S () N () Especificar _____
Volume de Fluidos Infundido: _____
Outras Condutas: _____

Intecorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: _____

Médico Regulador: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

Local e Data

Médico Assistente

Avraham Ferrel
SBOT 13098-15800C
CRM 17441



Responsável

[illegible]