

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0157-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO PROXIMO A RADIO CLUBE CPF: 217.201.774-49	DATA DE VENCIMENTO 27/06/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 98,02	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 07/06/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 07/06/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 064969738	CONTA CONTRATO 001110780016 Nº DO CLIENTE 2000588032 Nº DA INSTALAÇÃO 0003189255
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA ASTRON COLLINS 614	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
STO AMARO/RECIFE 50040-160 RECIFE PE	RESERVADO AO FISCO 0530.45A0.4CC2.AEDE.D517.5F27.7DC1.2A2A		
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br			

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	103,88	0,74193679	76,41
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,05
Contrib. Ilum. Pública Municipal			18,45
ICMS Subvenção-CDE-NF 053528365-12/03/19			0,52
ICMS Subvenção-CDE-NF 057387851-08/04/19			0,61
PRÓ-CRIANÇA-(0BT)3412-8960 0800 031 8989			0,58
TOTAL DA FATURA			98,62

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
77,48	25,00	19,36	77,48	0,17	13,13

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
423647	CAT	06/05/2019	28.589,00	07/06/2019	28.762,00	28	1,60000	0,08	183,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 06/07/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METÀ MENSAL	METÀ TRIM.	METÀ ANUAL
abr/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	BOA VISTA	0,00	4,71	9,43	18,86
FIC-No.de vassas sem Energia		0,00	3,11	6,23	12,45
DMC-Duração máxima de interrupção on/ôfita		0,00	2,69	0,00	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICR1 12,23		
EURO-Valor do Encargo de Uso = R\$ 30,73					
Nota: Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMC e DICR1 a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você e/ou serviços: av doutor Jayme da fonte 79 santo amaro / farma liros:
 avenida doutor jayme da fonte santo amaro lista completa em www.celpo.com.br.
 Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
 Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 26.458/13.
 O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
 Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m.(L 10.348/02) e atualização monetária no pro
 O Cliente é compensado quando há descumprimento de prazo definido para os padrões de atendimento co
 Em caso de suspensão do fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de fatur
 podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.
 O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 5

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUÍ

DESTAQUE AQUI				TALÃO DE PAGAMENTO	
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitores ópticos.	
001110780016	06/2019	98,02	27/06/2019		

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

838500000008 980200110018 110780016100 139886291935



CON. RE. DA PREVIDÊNCIA SIA

~~04 JUL 2019~~

~~FR~~ **SCOLO**
AGENCIA RECIFE

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0157-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO PROXIMO A RADIO CLUBE CPF: 217.201.774-49		DATA DE VENCIMENTO 27/06/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 98,02		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 07/06/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 07/06/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 064969738		CONTA CONTRATADA 001110780016 Nº DO CLIENTE 2000588032 Nº DA INSTALAÇÃO 0003189255	
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA ASTRON COLLINS 614 STO AMARO/RECIFE 50040-160 RECIFE PE		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico					
		RESERVADO AO FISCO 0530.45A0.4CC2.AEDE.D517.5F27.7DC1.2A2A					
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br							

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	103,88	0,74193679	76,41
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,05
Contrib. Ilum. Pública Municipal			18,45
ICMS Subvenção-CDE-NF 053528365-12/03/19			0,52
ICMS Subvenção-CDE-NF 057387851-08/04/19			0,61
PRÓ-CRIANÇA-(0BT)3412-8960 0800 031 8989			0,58
TOTAL DA FATURA			98,62

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
77,48	25,00	19,36	77,48	0,17	0,13
					0,61

EMATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CANCELAMENTO E REAJUSTE		
Vencido	Dt Receiv	Valor
27/05/19	07/06/19	85,06

Esta comunicação NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento para seja por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no ART. 9º RES 414/Anelst. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros da restrição de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,54835010	JUN 19	103
		MAI 19	90
		ABR 19	95
		MAR 19	93
		FEV 19	103
		JAN 19	97
		DEZ 18	99
		NOV 18	86
		OCT 18	100
		SET 18	90
		AGO 18	104
		JUL 18	97
		JUN 18	153

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
	R\$	%	
Geração de Energia	25,94	33,49	
Transmissão	3,02	3,93	
Distribuição (Carga)	18,33	25,54	
Encargos Setoriais	4,31	5,58	
Tributos	20,10	25,95	
Perdas de Energia	6,77	7,48	
TOTAL	77,48	100	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
N43947	CAT	06/05/2019	28.589,00	07/06/2019	28.762,00	29	1,80000	0,08	183,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 06/07/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APROVADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
abr/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	BOA VISTA	0,00	4,71	9,43	18,86
FIC-No.de vassas sem Energia		0,00	3,11	6,23	12,45
DMC-Duração máxima de interrupção on/ôfita		0,00	2,69	0,00	0,00
DICI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICI1 12,23		
EURO-Valor do Encargo de Uso = R\$ 30,73					
Nota: Consumidor pode solicitar a aprovação dos indicadores DIC, FIC, DMC e DICI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você e/ou serviços: av doutor Jayme da fonte 79 santo amaro / farma liros:
 avenida doutor jayme da fonte santo amaro lista completa em www.celpo.com.br.
 Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
 Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 26.458/13.
 O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
 Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m.(L 10.348/02) e atualização monetária no pro
 O Cliente é compensado quando há descumprimento de prazo definido para os padrões de atendimento co
 Em caso de suspensão do fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de fatur
 podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.
 O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 5

NÍVEIS DE TENSÃO

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

DESTAQUE AQUÍ

DESTAQUE AQUI				TALÃO DE PAGAMENTO	
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.	
001110780016	06/2019	98,02	27/06/2019		

838500000008 980200110018 110780016100 139886291935



COIN. RL. DA PREVIDÊNCIA SIA

~~04 JUL 2019~~

FR JCOLO
AGENCIA RECIFE

HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.: 25/05/2018

Hora.: 17:34

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 49780

Paciente : 114971

Convênio Atend. : 1

Leito : 691

Dt. Início : 25/05/2018 16:38

Sala : 0003

SALA 03

ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

SUS - INTERNACAO

VERD2-15

Dt. Fim : 25/05/2018 17:28

Atendimento : 429760

Carteira :

Idade : 71 Anos 17 Horas

Cid Pré-Operatório :

Cid Pós-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0407040030

Convênio: 001

Anestesia: 05

DRENAGEM DE HEMATOMA / ABSCESSO PRE-PERITONEAL (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO

RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIÃO

15979 JULIANO MACHADO ALVES DA SILVA

Descrição**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: MORELL LAVALLEE EM COXA ESQUERDA

INTERVENÇÃO: DRENAGEM CIRÚRGICA

OPERADOR: DR JULIANO MACHADO

1º AUXILIAR: DR RENATO HOLANDA

2º AUXILIAR: DR ICARO MÓLIM

ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTEREIS
3. INCISÃO LONGITUDINAL DE CERCA DE 20CM NA ÁREA DE FLUTUAÇÃO PROXIMAL COXA ESQ
4. DRENAGEM DE GRANDE QUANTIDADE DE SECREÇÃO SÉROSSANGUINOLENTA SUPERFICIAL À FÁSCIA
5. LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9% 3.000ML
6. REVISÃO DA HEMOSTASIA
7. SUTURA POR PLANOS
8. CURATIVO ESTÉRIL

Documentação médico - hospitalar

**Achados Cirúrgicos:****Descrição Complementar**Dr. Ilarion...
Ortopedia e TraumatologiaDR(A) : JULIANO MACHADO ALVES DA SILVA
CRM : 15979



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL MIGUEL ARRAES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL MIGUEL ARRAES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	6 - Nº Prontuário			
ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO	114971			
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia
703108863021560	25/02/1947	☒ Masculino ☐ Feminino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica
11 - Nome da Mãe	12 - Telefone de Contato			
ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO	8131324096			
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
MARIA SOLANGE	31324096			
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP	
RUA ASTRONAUTA COLLINS, 614 - SANTO AMARO	261160	PE	50040160	
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP	
RECIFE	261160	PE	50040160	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE BICICLETAXMOTO
HÁ 22 DIAS, APRESENTANDO HEMATOMA EM
MEMBRAS ALERGIAS E COMORBIDADES

21 - Condições que justificam a Internação
NECESSIDADE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
ANAMNESE+EXAME FÍSICO

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
HEMORRAGIA NAO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE	R58 L999	V129	030205

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA	0415020069		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	980016000814998
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
FAGNER FONSECA DE ATHAYDE	22/05/2018	16863	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	38 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ Empresa	43 - CNAE Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro do Conselho)	

AIH
261810160400-8

H 439 760

to 23105/18

San. 24105/18

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO** Prontuário: 114971
Idade: 71a 2m 26d Sexo: M Estado Civil: CASADO Data de Nascimento: 25/2/1947
Profissão: Escolaridade: R.G.: 820929 C.P.F.: 21720177449 Telefone: 31324096 CEP 50040160
Endereço: RUA ASTRONAUTA COLLINS, 614 - SANTO AMARO - RECIFE - PE
Dados da Internação
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 23/5/2018 12:38
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-15
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.:
Endereço: - Numero:
Telefone: Cidade: Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 22/05/18 Hora da Alta: 10:00

Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: Bom

Diagnóstico Principal.....: Dor no Lombar e coxa @

Diagnóstico Secundário01.:

Diagnóstico Secundário02.:

Procedimento.....: Drenagem cirúrgica

REVISADO
CCIH-HMA

Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a Internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

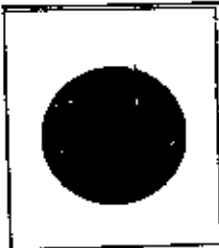
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 22/05/2018 12:37



Nome Paciente: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO
Cód. Paciente: 114971
Data de Nascimento: 25/02/1947
Sexo: Masculino
Idade: 71
Senha: P0006
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 429575
SAME: 102090

Período: 22/05/2018 12:49 - 22/05/2018 12:51

IRYS FELIPE DA SILVA - COREN: 310841 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

NAO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PACIENTE RETORNA AO SERVIÇO COM RELATO DE DOR MIE(VITIMA DE COLISAO MOTO X BICICLETA- 24/04/18)- AG REALIZAÇÃO DE DRENAGEM?

Observação:

HAS+DM-ALERGIAS-

Exatograma sintoma:

REVISÃO ORTOPEDIA

Examinador(es):

- REVISÃO DE ORTOPEDIA

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 108.00 BPM
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %

REVISADO
NEPI-HMA

HMA - Hospital Metrop. Norte Miguel Arraes
Lesão de Pele
Sim () Não (X)
Local.....
Irys Felipe
COREN-PE 310841-ENF.
Enfermeiro

Acolhido(a) por: IRYS FELIPE DA SILVA - COREN: 310841 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 22/05/2018 12:51

Atendimento: 429575

Senha da Classificação:

P0006

Data e Hora: 22/05/2018 12:38

Paciente: 114971 ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 25/02/1947 Idade: 71 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO

Nome do Pai: JOAO FELISBERTO DO NASCIMENTO

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12348

Endereço: RUA ASTRONAUTA COLLINS --

614

Bairro: SANTO AMARO

Cidade/UF: RECIFE

PE

Usuário Atendimento: ROSEANERSN

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Paciente com história de trauma na cabeça há 22 dias, com perda de consciência e vômitos. Apresentando dor e hematoma na região.

Exame Físico

CGR. Exame físico normal. Exame de fundo de olho normal. MIE: Hematoma na cabeça (E).

Hipótese Diagnóstica

Obs: Paciente admitido no Hospital Antenor de Lacerda.
Hematoma na cabeça (E).

Prescrição Médica

Prescrição preventiva

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO REG: 114971

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
22/5/2018	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
17:00 PM	PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE BICICLETAXMOTO HÁ CERCA DE 22 DIAS, APRESENTANDO HEMATOMA EM MIE. NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES
	AO EXAME: EGR EUPNEICO, AFEBRIL, ACIANOTICO, NORMOCORADO
	MIE: EDEMA +
	HD: HEMATOMA SUBCUTANEO EM FACE LATERAL DA COXA ESQUERDA
	CD: INTERNAMENTO SOB ORIENTAÇÃO DE DR FAGNER
	PREOP OK (PACIENTE TINHA EVADIDO)
23/05/18	Paciente bem, atual no leito sem queixas no momento Rx: ① Ag unguem
24/05/18	Paciente atual no leito sem queixas no momento Rx: Ag unguem
27/05/18	# SOT #
16:00	HD: PD de drenagem cirúrgica de Miel / Lumbal e coxa ⑤

Pte estável, sem queixas
NEG. LOTE, eufórico, afebril.
FO: limpa e seca
ED: data e ambulatorial

Atendimento: 429760

Dt Atendimento: 23/05/2018 - 12:38

Dt Alta: 27/05/2018 - 14:33

Paciente: 114971 ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 65 ORTL-510-LEITO 001

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: JENNIFERMLS

CID:

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

JENNIFER MARTINS LIMA DA SILVA

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO			6 - Nº Prontuário	114971
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
05108863021560	25/02/1947	☒ Masculino ☐ Feminino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	ULMIRA ROSA DO NASCIMENTO			12 - Telefone de Contato	8131324096
13 - Nome Responsável	RAQUEL FELISBERTO			14 - Telefone de Contato	31324096
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA ASTRONAUTA COLLINS, 614 - SANTO AMARO				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
RECIFE	261160	PE	50040160		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos

ISAC MOTO X BICICLETA HA 18 DIAS EVOLUINDO COM COLEÇÃO LÍQUIDA EM SUBCUTÂNEO DE COXA ESQUERDA

1 - Condições que justificam a internação
NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

2 - Principais Resultados das Provas Diagnósticas
ANAMNESE - EXAME FÍSICO

3 - Diagnóstico Inicial / Código
HEMORRAGIA NÃO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE

24 - CID 10 Principal 25 - CID 10 Secundário 26 - CID 10 Causas Associadas

R58

I10

W199

03.03.06.010-7

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado
DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS

28 - Código do Procedimento
0415040035

29 - Especialidade
CIRÚRGICA

30 - Caracter de Atendimento
2

31 - Documento
☒ (X) CNS ☐ () CPF

32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
980016278437533

Nome do Profissional Solicitante/Assistente

SORMANE DE CARVALHO BRITTO

34 - Data da Solicitação

15/05/2016

35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)

Jan Augusto Freire
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 25.559

16339

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência	() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado		

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Cód. Órgão Emissor
E260000001

52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)

48 - Documento

() CNS () CPF

49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador

50 - Data da Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Dr. Luciano Moser
Traumatologia - Ortopedia
CRM: 25.559

AIH
261810160447-0

DADOS DO PACIENTE

Paciente: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO		Prontuário: 114971	
Idade: 71a 2m 19d	Sexo: M	Estado Civil: CASADO	Data de Nascimento: 25/2/1947
Profissão:		Escolaridade:	
R.G.: 820929	C.P.F.: 21720177449	Telefone: 31324096	CEP 50040160
Endereço: RUA ASTRONAUTA COLLINS, 614 - SANTO AMARO - RECIFE - PE			
Dados da Internação			
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA		Data e Hora da Internação: 16/5/2018 08:06	
Convênio: SUS - INTERNACAO		Plano: GERAL	
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA		Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO	
Médico Internação: PLANTONISTA CIRURGIA GERAL		Leito: VERDE-18	

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:	FATURADO 08/06/18 CLAUDIVAN SOUSA FATURISTA
Endereço:	Numero:		
Telefone:	Cidade:	Estado civil:	

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 26/05/18	Hora da Alta: 12:00
Motivo: ☐ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☒ Evasão	
Condições de Alta:	
Diagnóstico Principal.....:	REVISADO CCIH-HMA
Diagnóstico Secundário01..:	
Diagnóstico Secundário02..:	REVISADO CCIH-HMA
Procedimento.....:	
 Médico e CRM:	
Responsável pela retirada do paciente	Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a Internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

TAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

W. O. Almeida
m. Almeida

Sumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 15/05/2018 08:02

Nome Paciente: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO
Cód. Paciente: 114971
Data de Nascimento: 25/02/1947
Sexo: Masculino
Idade: 71
Senha: 0005
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 428509
SAME: 102090

Período: 15/05/2018 08:48 - 15/05/2018 08:53

FERNANDA SOUZA DA CAMARA NASCIMENTO - COREN: 273647 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

NAO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PACIENTE COM HISTORIA DE TRAUMA HÁ 16 DIAS. COLISÃO MOTOX BICICLETA.

Observação:

PROCEDENTE DA UPA DE OLINDA COM SENHA: 5426574. HAS, NEGA DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA.

Programa sintoma:

TRAUMA

Primitivo(es):

- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 78.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 100.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

REVISADO
ACEPIA

Acolhido(a) por: FERNANDA SOUZA DA CAMARA NASCIMENTO - COREN: 273647 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 15/05/2018 08:53

Atendimento: 428509

Senha da Classificação:

0005

Data e Hora: 15/05/2018 08:06

Paciente: 114971 ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 25/02/1947 Idade: 71 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO

Nome do Pai: JOAO FELISBERTO DO NASCIMENTO

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA ASTRONAUTA COLLINS

614

Bairro: SANTO AMARO

Cidade/UF: RECIFE

PE

Usuário Atendimento: JOSAFAXA

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

Doença aguda, isquêmica, da perna direita, com dor intensa, iniciada há 15 dias, associada a edema e vermelhidão. História de hipertensão arterial sistólica (HAS) e diabetes mellitus (DM2). Não fuma e não bebe álcool.

Exame Físico

Exame físico normal, com exceção de edema (E) de 15 cm na perna direita.

Hipótese Diagnóstica

Isquemia em perna de ganso (E)

Prescrição Médica

Jan Bustoiff Freire
Ortopedia - Traumatologia
CRM de PE 10.123

Assinatura e Carimbo Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

Senha:

() Encaminhado ao setor de internação



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

IMIP

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrica () Psiquiátrica ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA: 54 26 574

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: Artur Felisberto da Mota Idade: 71
Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____
Endereço Residencial: _____ Bairro: _____
Cidade: _____

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passado () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de 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: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejecção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Paciente com história de Trauma há 16 dias
em casa com dor no dorso e dor no abdômen
febre diária
Hipótese Diagnóstica: hematoma paravertebral em casa

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____
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 () Lesões de pele: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Colocação da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

EXAME REUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo 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 Estímulo Doloroso 5
 Retirada ao Estímulo 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() Fratura em Osso Longo: Fechada() Aberta()

USO DE ALCOÓL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S() N() Informante: Vítima () Outros ()
 Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()
 Usou outras drogas: S() N() Informante: Vítima () Outros ()
 Lólo () Maconha() Cola() Cocaína() Crack() Lança-perfume() Anfetaminas() Éxtase()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S() N()
 Imobilização Tale Gessada: S() N()
 Antibióticoterapia: S() N() Especificar: _____
 Oxigêniooterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()
 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: _____
 Intercomências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA*Drenagem Urológica***CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO**

Hospital para onde foi encaminhado: *HMA*
 Médico Regulador: _____ Hora: _____
 Transferência com acompanhamento Médico: S() N()

14/05/18, Ulanda-PE

Local e data

Francisco João Rossi
 Médico
 CRM-PE 23368

Médico Assistente



CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

NOME: _____ REG: _____
CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____
SEXO: _____ PESO NA ADMISSÃO: _____ Kg PESO ATUAL: _____ Kg
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: _____

HORAS: _____ PLANTÃO DIURNO: _____ DATA: ____/____/____

Estado Geral: () Regular () Grave () Gravíssimo
Dieta: () VO () SNG () SNE () SOG () Gastrostomia () Dieta Zero
Padrão Respiratória: () Eupnéico () Taquipnéico () Bradipnéico () Dispnéico
Acesso Venoso: () Periférico () Central Local: _____
Curativo: () Sim () Não Local: _____
Drenos: () Sim () Não Local: _____
Evacuações: () Presente () Ausente Aspecto: _____

Auxiliar/Técnico de Enfermagem: _____

HORAS: _____ PLANTÃO NOTURNO: _____ DATA: ____/____/____

Estado Geral: () Regular () Grave () Gravíssimo
Dieta: () VO () SNG () SNE () SOG () Gastrostomia () Dieta Zero
Padrão Respiratório: () Eupnéico () Taquipnéico () Bradipnéico () Dispnéico
Acesso Venoso: () Periférico () Central Local: _____
Curativo: () Sim () Não Local: _____
Drenos: () Sim () Não Local: _____
Evacuações: () Presente () Ausente Aspecto: _____

Auxiliar/Técnico de Enfermagem: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

CUIDADOS DE ENFERMAGEM	HORÁRIO	RESPONSÁVEL

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Antônio Felisberto do Nascimento REG: 119971

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	# SOT II
18/05/18	HD. Hematoma em quadril (E) Paciente refere dor intensa no quadril BGS, LTB, Supra, Cx. Ag. Cx. Ag.
19/05/18	# SOT II
20/05/18 05:015	HD. Hematoma em quadril (E) Paciente não quer BGS, LTB, Supra, Cx. Ag. Cx. Ag.
20/05/18	# SOT II
	HD. Hematoma em quadril (E) Paciente refere dor intensa no quadril

Ian Bustorff Freire
Ortopedia - Traumatologia
CRM PE 26.559

Ian Bustorff Freire
Ortopedia - Traumatologia
CRM PE 26.559



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO REG: 114971

IDADE: _____ SEXO: _____ DATA DA ADMISSÃO 15/5/2018 DATA DA ALTA 20/05/18

DIAGNÓSTICO: Fluoreto 2 LCVS (E)

TRATAMENTO REALIZADO:

Nenhum

ORIENTAÇÃO:

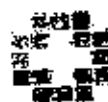
Paciente a ser acompanhado de hospital

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM() NÃO()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

[Assinatura]



MIGUEL ARRAES



CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

NOME: _____ REG: _____
CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____
SEXO: _____ PESO NA ADMISSÃO: _____ Kg PESO ATUAL: _____ Kg
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: _____

HORAS: _____ PLANTÃO DIURNO: _____ DATA: ____/____/____
Estado Geral: () Regular () Grave () Gravíssimo
Dieta: () VO () SNG () SNE () SOG () Gastrostomia () Dieta Zero
Padrão Respiratório: () Eupnéico () Taquipnéico () Bradipnéico () Dispnéico
Acesso Venoso: () Periférico () Central Local: _____
Curativo: () Sim () Não Local: _____
Drenos: () Sim () Não Local: _____
Evacuações: () Presente () Ausente Aspecto: _____

Auxiliar/Técnico de Enfermagem: _____

HORAS: _____ PLANTÃO NOTURNO: _____ DATA: ____/____/____
Estado Geral: () Regular () Grave () Gravíssimo
Dieta: () VO () SNG () SNE () SOG () Gastrostomia () Dieta Zero
Padrão Respiratório: () Eupnéico () Taquipnéico () Bradipnéico () Dispnéico
Acesso Venoso: () Periférico () Central Local: _____
Curativo: () Sim () Não Local: _____
Drenos: () Sim () Não Local: _____
Evacuações: () Presente () Ausente Aspecto: _____

Auxiliar/Técnico de Enfermagem: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

CUIDADOS DE ENFERMAGEM	HORÁRIO	RESPONSÁVEL

Atendimento: 428735

Dt Atendimento: 16/05/2018 - 08:06

Dt Alta: 20/05/2018 - 21:21

Paciente: 114971 ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 694 VERD2-18

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: MAYARAAM

CID:

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

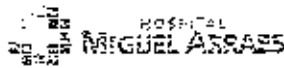
MAYARA ALVES MENDES

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

PACIENTE.....: JAIRO LUIZ DE SOUZA
NASCIMENTO...: 12/9/1978 IDADE: 39 SEXO: MASCULINO
MÃE.....: MARILUCE MARIA DE SOUZA
ENDEREÇO.....: NOBRE DO, NÚMERO: 1700
BAIRRO.....: NOBRE
CIDADE.....: PAULISTA

XEROX



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Antônio Feliciano do Nascimento Registro: 114971
 Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
11/08/18	#501
	→ MD: PO 25/05/18 Morte Levele Elos F
	Tet avalui sem glúscos no nariz
	→ FO: Bom aspecto sem mucosas
	→ CP: Cardíaco
	Atm Hren
	Dr Renato Holanda Cirurgião 11/11/2018 CRM-P/25.945
09/07/18	501
	MD: Lesão de nariz Levele
	FO Sem Flogose ou Erosão de Epiglote
	CD: Retorno em 1 mês p/ Registo Alcadu
	CREMPE 22086

Nome: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

Nº registro: 617098

DL. Nasc.: 25/02/47 - 71 ano (s)

Sexo: Masculino

Mãe: ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO

Fone: 81 3132-4096

Endereço: R ASTRONAUTA COLLINS, nº 614, SANTO AMARO, RECIFE - PE

Data/hora: 28/04/2018 - 13:29

Nº pág.: 1/2

FICHA DE ATENDIMENTO

CR: CLÍNICA MÉDICA - AMARELO

ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:

TRIAGEM:

- QUEIXA

- VITIMA DE QUEDA DE MOTO TRAZIDO PELOS BOMBEIROS APRESENTANDO: SANGRAMENTO NASAL, TRAUMA COM ESCORIAÇÕES EM MSE E MIE.

ORIGEM

-

TIPO DE CHEGADA

-

OBSERVAÇÕES

-

FLUXOGRAMA

- Trauma maior

DISCRIMINADOR

- Dor moderada *

COLETA AUTORIZADA?

- SIM

AValiação e medidas clínicas

- DOR 5

GLASGOW 15

DOR 5

ENCAMINHAMENTOS

- Clínica Médica

TRANSPORTADO POR

-

JUSTIFICATIVA

-

MEDICA:

EXAME FÍSICO:

Peso:

Altura:

IMC: ()

Temperatura: °

PA: x mmHg

HGT: mg/dL

EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, ECG 15, EUPNEICO

AVC: RCR 2T BNF SS FC: 98 BPM

AR: MV+EM AHT SEM ADV SATO2: 99% AA

ABD: GLOBOSO, RHA+ DEPRESSÍVEL, INDOLOR

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: ALEXANDRE JOSE PEREIRA DE LIMA, CRM: 21457. Data e Hora: 28/04/2018 15:22:46.

Esta conta deve ser paga com recursos públicos.

Nome: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

Nº registro: 617098

Dt. Nasc.: 25/02/47 - 71 ano (s)

Sexo: Masculino

Mãe: ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO

Fone: 81 3132-4096

Endereço: R ASTRONAUTA COLLINS, nº 614, SANTO AMARO, RECIFE - PE

Data/hora: 28/04/2018 - 13:29

Nº pág.: 2/2

EXT: BEM PERFUNDIDAS, PULSO+, CHEIO E SMÉTRICO.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Y03 - AGRESSÃO POR MEIO DE IMPACTO DE UM VEÍCULO A MOTOR | PANCADA, GOLPE OU ATROPELAMENTO, DE MODO DELIBERADO COM VEÍCULO A MOTOR

OBSERVAÇÕES :

Evolução do paciente:

VITIMA DE ATROPELAMENTO, TRAZIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS.

JA ATENDO O PACIENTE APÓS CONSULTA DA CLINICA MEDICA. QUEIXA-SE DE DOR EM QUADRIL A ESQ E EM COTOVELO ESQ

EF: BEG, ORIENTADO, GLASGOW:15

ESCORIAÇÃO EM COTOVLEO ESQ

DOR MOBILIZAÇÃO QUADRIL ESQ

SOL RX

Resultados de Exames:

RX SEM ALTERAÇÕES

Dr. ALEXANDRE JOSE PEREIRA DE LIMA
CRM: 21457

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: ALEXANDRE JOSE PEREIRA DE LIMA. CRM: 21457. Data e Hora: 28/04/2018 15:22:46.

Esta conta deve ser paga com recursos públicos.



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 429575

Senha da Classificação:

P0006

Data e Hora: 22/05/2018 12:38

Paciente: 114971 ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 25/02/1947 Idade: 71 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO

Nome do Pai: JOAO FELISBERTO DO NASCIMENTO

CRM: 12346

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

614

Bairro: SANTO AMARO

Endereço: RUA ASTRONAUTA COLLINS

PE

Usuário Atendimento: ROSEANERSN

Cidade/UF: RECIFE

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

Paciente com história de trauma na cabeça há 27 dias, com hematoma e fratura. Apresentando dor e limitação de movimento.

Exame Físico

ECG: Exame físico normal. Ausculta normal. N/A: Ausculta normal. (E)

Hipótese Diagnóstica

Obs: Paciente admitido do Hospital Antenor de...
Hematoma com (E).

Prescrição Médica

Prescrição prescrita

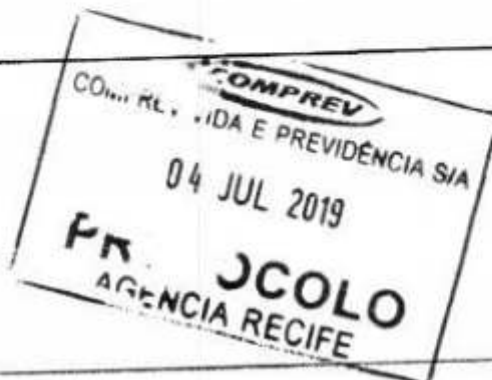
Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

() Encaminhado ao setor de Internação

Senha:





FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP : 53.400 - 000

Cód. Atendimento: 429.60
Usuário: ALYNEMA

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO**
Idade: 71a 2m 26d Sexo: M Estado Civil: CASADO
Profissão: Escolaridade: Telefone: 31324096
R.G.: 820929 C.P.F.: 21720177449 CEP 50040160 - RECIFE - PE
Endereço: RUA ASTRONAUTA COLLINS, 614 - SANTO AMARO
Dados da Internação
Data e Hora da Internação: 23/5/2018 12:38
Plano: GERAL
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA
Convênio: SUS - INTERNACAO
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-15
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.:
Endereço: Número: Estado civil:
Telefone: Cidade:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 27/05/18 Hora da Alta: 10:00

Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: Bom

Diagnóstico Principal.....: Dor no Lombar e coxa (E)

Diagnóstico Secundário01.:

Diagnóstico Secundário02.:

Procedimento.....: Drenagem cirúrgica

REVISADO
CCIH-HMA

Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMP

Data e hora retirada da senha: 22/05/2018 12:37



Nome Paciente: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO
Cód. Paciente: 114971
Data de Nascimento: 25/02/1947
Sexo: Masculino
Idade: 71
Senha: P0006
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 429575
SAME: 102090

Período: 22/05/2018 12:49 - 22/05/2018 12:51

IRYS FELIPE DA SILVA - COREN: 310841 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

NAO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PACIENTE RETORNA AO SERVIÇO COM RELATO DE DOR MIE(VITIMA DE COLISAO MOTO X BICICLETA- 24/04/18)- AG REALIZAÇÃO DE DRENAGEM?

Exatidão:

HAS+DM-ALERGIAS-

Exatidão sintoma:

REVISÃO ORTOPEDIA

Exatidão(s):

- REVISÃO DE ORTOPEDIA

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 108.00 BPM
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %

REVISADO
NEPI-HMA

HMA - Hospital Metrop. Norte Miguel Arraes
Lesão de Pele
Sim () Não ☒
Local
Inscrição
Enfermeiro

Acolhido(a) por: IRYS FELIPE DA SILVA - COREN: 310841 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 22/05/2018 12:51

Página 1 de

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO REG: 114971
CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____

LEITO: _____

DATA/HORA	
22/5/2018	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA # ADMISSÃO
17:00 PM	PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE BICICLETA X MOTO HÁ CERCA DE 22 DIAS, APRESENTANDO HEMATOMA EM MIE. NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES AO EXAME: EGR EUPNEICO, AFEBRIL, ACIANOTICO, NORMOCORADO MIE: EDEMA + HD: HEMATOMA SUBCUTANEO EM FACE LATERAL DA COXA ESQUERDA CD: INTERNAMENTO SOB ORIENTAÇÃO DE DR FAGNER PREOP OK (PACIENTE TINHA EVADIDO)
23/05/18	Paciente em repouso no leito sem queixas no momento O Ag. Urina
24/05/18	Paciente em repouso no leito sem queixas no momento O Ag. Urina
27/05/18	# SOT # 10:00 W: PD de drenagem cirúrgica de Miel. Lumbal e coxa Pte. estável, sem queixas Neg. LOTE, eufórico, afável. FO. Lupa e seca CD: alta e ambulatorial

Atendimento: 429760
Dt Atendimento: 23/05/2018 - 12:38
Dt Alta: 27/05/2018 - 14:33
Paciente: 114971 ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 65 ORTL-510-LEITO 001

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: JENNIFERMLS

CID:

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

JENNIFER MARTINS LIMA DA SILVA

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431669
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431669

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente	ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO			6 - Nº Prontuário	114971
Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	0000 - Não Se Aplica
05108863021560	25/02/1947	X 1 3	03 - Parda	12 - Telefone de Contato	8131324096
1 - Nome da Mãe	ULMIRA ROGA DO NASCIMENTO			14 - Telefone de Contato	31324096
2 - Nome Responsável	RAQUEL FELISBERTO				
3 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA ASTRONAUTA COLLINS, 614 - SANTO AMARO				
3 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
RECIFE	261160	PE	50040160		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos
LESÃO MOTO X BICICLETA HA 18 DIAS EVOLUINDO COM COLEÇÃO LÍQUIDA EM SUBCUTÂNEO DE COXA ESQUERDA

1 - Condições que justificam a internação
NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

2 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
ANAMNESE + EXAME FÍSICO

3 - Diagnóstico Inicial / Código

HEMORRAGIA NÃO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE

24 - CID 10 Principal
R58
I10

25 - CID 10 Secundário
W199

26 - CID 10 Causas Associadas
03.03.06.010-7

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS	0415040035		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	980016278437533
Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
SORMANE DE CARVALHO BRITTO	15/05/2018 Jan Bussotti Freire Ortopedia - Traumatologia CRM 12.155	16339	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bônus	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência	() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado		

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	
	Dr. Luciano Moser Traumatologia - Ortopedia CRM 12.155	

AIH
261810160447-0

Código do Laudo: 428509



FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 428735

Usuário: ROSEANERSON

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP : 53.400 - 000

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO**

Prontuário: 114971

Data de Nascimento: 25/2/1947

Idade: 71a 2m 19d

Sexo: M

Estado Civil: CASADO

Profissão:

Escolaridade:

Telefone: 31324095

CEP: 50040160

R.G.: 820929

C.P.F.: 21720177449

614 - SANTO AMARO

- RECIFE

- PE

Endereço: RUA ASTRONAUTA COLLINS

Dados da Internação

Data e Hora da Internação: 16/5/2018 08:06

Plano: GERAL

Origem: URGENCIA/EMERGENCIA

Convênio: SUS - INTERNACAO

Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERDE-18

Médico Internação: PLANTONISTA CIRURGIA GERAL

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:

R.G.:

C.P.F.:

FATURADO

08/06/18

CLAUDEVAN SOUSA

PLANTONISTA

Cidade:

Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta:

Hora da Alta:

Motivo:

☐ Melhorado

☐ A Pedido

☐ Transferência

☐ Óbito

☒ Evolução

Condições de Alta:

Diagnóstico Principal.....:

Diagnóstico Secundário01.:

Diagnóstico Secundário02.:

Procedimento.....:

Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente

Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Sumário da Classificação de Risco - Protocolo

Data e hora retirada da senha: 15/05/2018 08:02

Nome Paciente: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO
Cód. Paciente: 114971
Data de Nascimento: 25/02/1947
Sexo: Masculino
Idade: 71
Senha: 0005
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGÊNCIA
Atendimento: 428509
SAME: 102090

Período: 15/05/2018 08:48 - 15/05/2018 08:53

Fl. FERNANDA SOUZA DA CAMARA NASCIMENTO - COREN: 273647 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

NAO URGENTE - VERDE

Local:

Clinica Principal:

Observação:

Programa sintoma:

Eliminador(es):

Especialidade:

Sinais Vitais Lidos:

PACIENTE COM HISTORIA DE TRAUMA HÁ 18 DIAS. COLISÃO MOTOX BICICLETA.
PROCEDENTE DA UPA DE OLINDA COM SENHA: 5426574. HAS, NEGA DM E ALERGIA
MEDICAMENTOSA.
TRAUMA
- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
- FREQUENCIA CARDIACA: 78.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 100.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

REVISADO
FERNANDA

Recolhido(a) por: FERNANDA SOUZA DA CAMARA NASCIMENTO - COREN: 273647 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 15/05/2018 08:53

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Senha da Classificação:

0005

Atendimento: 428509

Data e Hora: 15/05/2018 08:06

Paciente: 114971 ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 25/02/1947 Idade: 71 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO

Nome do Pai: JOAO FELISBERTO DO NASCIMENTO

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA ASTRONAUTA COLLINS

614

Bairro: SANTO AMARO

Cidade/UF: RECIFE

PE

Usuário Atendimento: JOSAFAXA

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

Exame Físico

Hipótese Diagnóstico

Prescrição Médica

Inf. Buxioff Freire

Ortopedia - Traumatologia

CRM: 12346

Assinatura e Carimbo Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório

() Residência

Senha:

() Transferido: Para

() Encaminhado ao setor de internação



UPA 24h

IMIP

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrica () Psiquiátrica ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA 54 26 574

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: Antônio Felisberto dos Nascimento Idade: 71
Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____
Endereço Residencial: _____ Bairro: _____
Cidade: _____

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passado () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de 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 () Meus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Insuficiência renal crônica em tratamento há 16 dias
com dieta restrita e uso de medicação
Hipótese Diagnóstica: Infarto agudo do miocárdio

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia 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 () Lesões de pele: S () N () Repetição de Sinais: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Colocação da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO			6 - Nº Prontuário	114971
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - RacaCor	10.1 - Etnia	
703108863021560	25/02/1947	Masculino X 1 Feminino 3	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO			12 - Telefone de Contato	8131324086
13 - Nome Responsável	MARIA SOLANGE			14 - Telefone de Contato	31324096
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA ASTRONAUTA COLLINS, 614 - SANTO AMARO			17 - IBGE	18 - UF
16 - Município				261160	PE
R - CE				19 - CEP	50040190

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE BICICLETA/MOTO
HÁ DE 22 DIAS, APRESENTANDO HEMATOMA EM
MÉDULA ALERGIAS E COMORBIDADES

21 - Condições que justificam a internação
NECESSIDADE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
ANAMNESE + EXAME FÍSICO

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
HEMORRAGIA NÃO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE	R65 L999	V129	03.17

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA	0415020069

29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	980016000814998
Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
FAGNER FONSECA DE ATHAYDE	22/05/2018	16863	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bônus	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajetado			
45 - Vínculo com a Previdência	() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado		

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº de Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	261810160400-8
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro do Conselho)	

Código do Laudo: 429575

HOSPITAL MIGUEL ARRAES
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001
Data.: 25/05/2018
Hora.: 17:34

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 49780
Paciente : 114971

Convênio Atend. : 1
Leito : 691
Dt. Início : 25/05/2018 16:38

Sala : 0003 SALA 03
ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO
SUS - INTERNACAO
VERD2-15
Dt. Fim : 25/05/2018 17:28

Atendimento : 429760
Carteira :
Idade : 71 Anos 17 Horas

Cid Pré-Operatório :
Cid Pós-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0407040030

Convênio: 001
Anestesia: 05

DRENAGEM DE HEMATOMA / ABSCESSO PRE-PERITONEAL (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIÃO

15979 JULIANO MACHADO ALVES DA SILVA

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: MORELL LAVALLEE EM COXA ESQUERDA
INTERVENÇÃO: DRENAGEM CIRÚRGICA
OPERADOR: DR JULIANO MACHADO
1º AUXILIAR: DR RENATO HOLANDA
2º AUXILIAR: DR ICARO MÖLIM

ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTEREIS
3. INCISÃO LONGITUDINAL DE CERCA DE 20CM NA ÁREA DE FLUTUAÇÃO PROXIMAL COXA ESQ
4. DRENAGEM DE GRANDE QUANTIDADE DE SECREÇÃO SEROSSANGUINOLENTA SUPERFICIAL A FÁSCIA
5. LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9% 3.000ML
6. SELO DA HEMOSTASIA
7. SUTURA POR PLANOS
8. CURATIVO ESTÉRIL

Documentação médica - hospitalar



Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Rodrigo D. L. S.
Ortopedia - Traumatologia

DR(A) : JULIANO MACHADO ALVES DA SILVA
CRM : 15979

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Nome: **ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO**

Nº registro: **617098**

Dt. Nasc.: **25/02/47 - 71 ano (s)**

Sexo: **Masculino**

Mãe: **ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO**

Fone: **81 3132-4096**

Endereço: **R ASTRONAUTA COLLINS, nº 614, SANTO AMARO. RECIFE - PE**

Data/hora: **28/04/2018 - 13:29** Nº pág.: **2/2**

EXT: BEM PERFUNIDAS, PULSO+, CHEIO E SMÉTRICO.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Y03 - AGRESSÃO POR MEIO DE IMPACTO DE UM VEÍCULO A MOTOR | PANCADA, GOLPE OU ATROPELAMENTO, DE MODO DELIBERADO COM VEÍCULO A MOTOR

OBSERVAÇÕES :

Evolução do paciente:

**VITIMA DE ATROPELAMENTO, TRAZIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS.
JA ATENDO O PACIENTE APÓS CONSULTA DA CLINICA MEDICA. QUEIXA-SE DE DOR EM QUADRIL
A ESQ E EM COTOVELO ESQ**

**EF: BEG, ORIENTADO, GLASGOW:15
ESCORIAÇÃO EM COTOVLEO ESQ
DOR MOBILIZAÇÃO QUADRIL ESQ**

SOL RX

**Resultados de Exames:
RX SEM ALTERAÇÕES**

**Dr. ALEXANDRE JOSE PEREIRA DE LIMA
CRM: 21457**

**Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: ALEXANDRE JOSE PEREIRA DE LIMA. CRM: 21457. Data e Hora: 28/04/2018 15:22:46.
Esta conta deve ser paga com recursos públicos.**

**Unidade de Pronto Atendimento
Rua Mirabela, nº 30, Torres CEP: 50640-580 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4440**



Nome: **ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO**

Nº registro: **617098**

Dt. Nasc.: **25/02/47 - 71 ano(s)**

Sexo: **Masculino**

Mãe: **ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO**

Fone: **81 3132-4096**

Endereço: **R ASTRONAUTA COLLINS, nº 614, SANTO AMARO, RECIFE - PE**

Data/hora: **28/04/2018 - 13:29** Nº pag.: **1/2**

FICHA DE ATENDIMENTO

CR: CLÍNICA MÉDICA - AMARELO

ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:

TRIAGEM:

- QUEIXA
- VITIMA DE QUEDA DE MOTO TRAZIDO PELOS BOMBEIROS APRESENTANDO: SANGRAMENTO NASAL, TRAUMA COM ESCORIAÇÕES EM MSE E MIE.

ORIGEM

-

TIPO DE CHEGADA

-

OBSERVAÇÕES

-

FLUXOGRAMA

- Trauma maior

DISCRIMINADOR

- Dor moderada *

COLETA AUTORIZADA?

- SIM

AValiação e medidas clínicas

- DOR 5

GLASGOW 15

DOR 5

ENCAMINHAMENTOS

- Clínica Médica

TRANSPORTADO POR

-

JUSTIFICATIVA

-

MEDICA:

EXAME FÍSICO:

Peso:

PA: x mmHg

Altura:

HGT: mg/dL

IMC: {}

Temperatura: °

EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, ECG 15, EUPNEICO

AVC: RCR 2T BNF 55 FC: 98 BPM

AR: MV+EM AHT SEM ADV SATO2: 99% AA

ABD: GLOBOSO, RHA+ DEPRESSÍVEL, INDOLOR

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Lei nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: ALEXANDRE JOSE PEREIRA DE LIMA, CRM: 21457. Data e Hora: 28/04/2018 15:22:46.

Esta conta deve ser paga com recursos públicos.

Unidade de Pronto Atendimento
Rua Mirabela, nº 30, Torres CCP: 50640-580 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4440

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO REG: 114971
CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____

LEITO: _____

DATA/HORA	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
15/5/2018	# ADMISSÃO
15:30	PACIENTE REFERE TRAUMA MOTO X BICICLETA HÁ 18 DIAS EVOLUINDO COM HEMATOMA SUBCUTÂNEO EM FACE LATERAL DE COXA ESQUERDA. NEGA DOR AO TOQUE NEGA ALERGIAS, REFERE HAS NEGA DM
	AO EXAME: BEG, LUCIDO, ORIENTADO, EUPNEICO, AFEBRIL
	HD. HEMATOMA SUBCUTÂNEO EM FACE LATERAL DE COXA ESQUERDA
	CD. SOLICITO PCR, VHS, HEMOGRAMA COMPLETO E PARECER DA CARDIO
	Ian Busto Freire Ortopedia - Traumatologia CRM-PE 28.559
16/05/18 07:40h	# SOT# NO Hematoma em queda (E) Paciente sem queixas BEG, LOTS Eupneico, Afebril Cd. Ag. Curva
	Ian Busto Freire Ortopedia - Traumatologia CRM-PE 28.559
16/05/18	# SOT# NO Hematoma em queda (E) Paciente sem queixas BEG, LOTS, Eupneico, Afebril Cd. Ag. Curva
	Ian Busto Freire Ortopedia - Traumatologia CRM-PE 28.559



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

NOME: _____ REG: _____
CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____
SEXO: _____ PESO NA ADMISSÃO: _____ Kg PESO ATUAL: _____ Kg
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: _____

HORAS: _____ PLANTÃO DIURNO: _____ DATA: ____/____/____
Estado Geral: () Regular () Grave () Gravíssimo
Dieta: () VO () SNG () SNE () SOG () Gastrostomia () Dieta Zero
Padrão Respiratório: () Eupnéico () Taquipnéico () Bradipnéico () Dispnéico
Acesso Venoso: () Periférico () Central Local: _____
Curativo: () Sim () Não Local: _____
Drenos: () Sim () Não Local: _____
Evacuações: () Presente () Ausente Aspecto: _____

Auxiliar/Técnico de Enfermagem: _____

HORAS: _____ PLANTÃO NOTURNO: _____ DATA: ____/____/____
Estado Geral: () Regular () Grave () Gravíssimo
Dieta: () VO () SNG () SNE () SOG () Gastrostomia () Dieta Zero
Padrão Respiratório: () Eupnéico () Taquipnéico () Bradipnéico () Dispnéico
Acesso Venoso: () Periférico () Central Local: _____
Curativo: () Sim () Não Local: _____
Drenos: () Sim () Não Local: _____
Evacuações: () Presente () Ausente Aspecto: _____

Auxiliar/Técnico de Enfermagem: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

CUIDADOS DE ENFERMAGEM	HORÁRIO	RESPONSÁVEL



Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Antônio Felisberto do Nascimento REG: 119971

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	# SOT #
18/08/18	HD Hematoma em quadril (E) Paciente refere estar cansado P) Curva B.S. L.O.B. Curva, Curva C. Ag. Curva
19/08 2018 05:015	# SOT # HD Hematoma em quadril (E) P.T. x novo quadril B.S. L.O.B. Curva, Curva C. Ag. Curva
20/08/18	# SOT # H.P. Hematoma em quadril (E) Paciente refere
	Ian Bustorff Freire Ortopedia - Traumatologia CRM-PE 26.556



HOSPITAL
MIGUEL ARRAS



IMIP

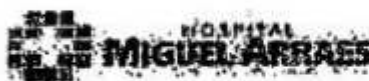
Insituro de Medicina Integral
Prof. Fernando Figuera

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ REG: _____

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

[illegible]



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO REG: 114971

IDADE: _____ SEXO: _____ DATA DA ADMISSÃO 15/5/2018 DATA DA ALTA 20/05/18

DIAGNÓSTICO: Fluência > 16.67 E

TRATAMENTO REALIZADO:

Nenhum

ORIENTAÇÃO:

Prescrição assessoria de hospital

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM () NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: _____





MIGUEL ARRAES



Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

NOME: _____ REG: _____
CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____
SEXO: _____ PESO NA ADMISSÃO: _____ Kg PESO ATUAL: _____ Kg
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: _____

HORAS: _____ PLANTÃO DIURNO: _____ DATA: ____/____/____
Estado Geral: () Regular () Grave () Gravíssimo
Dieta: () VO () SNG () SNE () SOG () Gastrostomia () Dieta Zero
Padrão Respiratório: () Eupnéico () Taquipnéico () Bradipnéico () Dispnéico
Acesso Venoso: () Periférico () Central Local: _____
Curativo: () Sim () Não Local: _____
Drenos: () Sim () Não Local: _____
Evacuações: () Presente () Ausente Aspecto: _____

Auxiliar/Técnico de Enfermagem: _____

HORAS: _____ PLANTÃO NOTURNO: _____ DATA: ____/____/____
Estado Geral: () Regular () Grave () Gravíssimo
Dieta: () VO () SNG () SNE () SOG () Gastrostomia () Dieta Zero
Padrão Respiratório: () Eupnéico () Taquipnéico () Bradipnéico () Dispnéico
Acesso Venoso: () Periférico () Central Local: _____
Curativo: () Sim () Não Local: _____
Drenos: () Sim () Não Local: _____
Evacuações: () Presente () Ausente Aspecto: _____

Auxiliar/Técnico de Enfermagem: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

CUIDADOS DE ENFERMAGEM	HORÁRIO	RESPONSÁVEL

EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo 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
Sem compreensão 2
Sem resposta verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Deserebração 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

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

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Déficit da consciência ()
Dificuldade na fala ()
Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Mídrise () Miose ()

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S() N()
Lesões Intra-Torácicas: S() N() Fratura Pélvis: S() N()
Lesões Intra-abdominais: S() N() Fratura em Osso Longo: Fechada() Aberta()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S() N() Informante: Vítima () Outros ()
Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()
Usou outras drogas: S() N() Informante: Vítima () Outros ()
Lolô () Maconha () Cole () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S() N()
Imobilização Tele Gessada: S() N()
Antibioticoterapia: S() N() Especificar: _____
Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()
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: _____
Intercorrelações: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Drainagem Urológica

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: *HN*
Médico Regulador: _____ Hora: _____
Transferência com acompanhamento Médico: S() N()

14/05/18, Ubatuba-PE
Local e data

Francisco João Rossi
Médico
CRIA-PE 23368
Médico Assistente

Atendimento: 428735
Atendimento: 16/05/2018 - 08:06
Paciente: 114971
Dt Alta: 20/05/2018 - 21:21
ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Leito: 694 VERD2-18
Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA
Convênio: 1 SUS - INTERNACAO
Plano: 1 GERAL
Usuário: MAYARAAM

CID:

0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

MAYARA ALVES MENDES

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais
HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

PACIENTE.....: JAIRO LUIZ DE SOUZA
NASCIMENTO...: 12/9/1978 IDADE: 39 SEXO: MASCULINO
MÃE.....: MARILUCE MARIA DE SOUZA
ENDEREÇO.....: NOBRE DO, NÚMERO: 1786
BAIRRO.....: NOBRE
CIDADE.....: PAULISTA



HOSPITAL
MIGUEL ASSAES



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Antônio Zélio de Fozimento Registro: 114921
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
	#861
11/06/18	→ HDI FO 25/05/18 Mafel Louvelo Costa F
	Det. evolui sem glaucoma no monol
	→ FO: Bom aspecto sem nevas
	→ CD: Condensar
	Retornar Men
	Dr. Rocio Holanda Oftalmologista CRM-PV/25.946
09/07/18	Sex
	HDI Lesão de Mafel Louvelo
	FO Sem Elogos em S...
	de L...
	CD 1. Retorno em 1 mês
	pt. Capoten Head...
	CREMP 12686



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 429575

Senha da Classificação:

P0006

Data e Hora: 22/05/2018 12:38

Paciente: 114971 ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 25/02/1947 Idade: 71 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO

Nome do Pai: JOAO FELISBERTO DO NASCIMENTO

CRM: 12346

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

614

Bairro: SANTO AMARO

Endereço: RUA ASTRONAUTA COLLINS

PE

Usuário Atendimento: ROSEANERSN

Cidade/UF: RECIFE

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

Paciente com história de trauma na cabeça há 27 dias, com hematoma e fratura. Apresentando dor e limitação de movimento.

Exame Físico

ECG: Normal. Ausculta: Normal. RX: Fratura da calota craniana (E).

Hipótese Diagnóstica

Obs: Paciente admitido do Hospital Antenor de Almeida. Hematoma craniano (E).

Prescrição Médica

Prescrição para tratamento

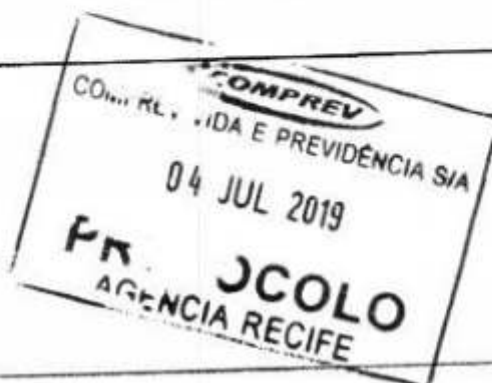
Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

() Encaminhado ao setor de Internação

Senha:





FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP : 53.400 - 000

Cód. Atendimento: 429.60
Usuário: ALYNEMA

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO**
Idade: 71a 2m 26d Sexo: M Estado Civil: CASADO
Profissão: Escolaridade: Telefone: 31324096
R.G.: 820929 C.P.F.: 21720177449 CEP 50040160 - RECIFE - PE
Endereço: RUA ASTRONAUTA COLLINS, 614 - SANTO AMARO
Dados da Internação
Data e Hora da Internação: 23/5/2018 12:38
Plano: GERAL
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA
Convênio: SUS - INTERNACAO
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-15
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.:
Endereço: Número: Estado civil:
Telefone: Cidade:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 27/05/18 Hora da Alta: 10:00

Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: Bom

Diagnóstico Principal.....: Dor no Lombar e coxa (E)

Diagnóstico Secundário01.:

Diagnóstico Secundário02.:

Procedimento.....: Drenagem cirúrgica

REVISADO
CCIH-HMA

Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente

Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMP

Data e hora retirada da senha: 22/05/2018 12:37



Nome Paciente: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO
Cód. Paciente: 114971
Data de Nascimento: 25/02/1947
Sexo: Masculino
Idade: 71
Senha: P0006
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 429575
SAME: 102090

Período: 22/05/2018 12:49 - 22/05/2018 12:51

IRYS FELIPE DA SILVA - COREN: 310841 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

NAO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PACIENTE RETORNA AO SERVIÇO COM RELATO DE DOR MIE(VITIMA DE COLISAO MOTO X BICICLETA- 24/04/18)- AG REALIZAÇÃO DE DRENAGEM?

Exatidão:

HAS+DM-ALERGIAS-

Exatidão sintoma:

REVISÃO ORTOPEDIA

Exatidão(es):

- REVISÃO DE ORTOPEDIA

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 108.00 BPM
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %

REVISADO
NEPI-HMA

HMA - Hospital Metropolitano
Lesão de Pele
Sim () Não ☒
Local
Inscrição
Enfermeiro

Acolhido(a) por: IRYS FELIPE DA SILVA - COREN: 310841 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 22/05/2018 12:51

Página 1 de

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO REG: 114971
CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____

LEITO: _____

DATA/HORA	
22/5/2018	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA # ADMISSÃO
17:00 PM	PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE BICICLETA X MOTO HÁ CERCA DE 22 DIAS, APRESENTANDO HEMATOMA EM MIE. NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES AO EXAME: EGR EUPNEICO, AFEBRIL, ACIANOTICO, NORMOCORADO MIE: EDEMA + HD: HEMATOMA SUBCUTANEO EM FACE LATERAL DA COXA ESQUERDA CD: INTERNAMENTO SOB ORIENTAÇÃO DE DR FAGNER PREOP OK (PACIENTE TINHA EVADIDO)
23/05/18	Paciente em repouso no leito sem queixas no momento O Ag. Urina
24/05/18	Paciente em repouso no leito sem queixas no momento O Ag. Urina
27/05/18	# SOT # 10:00 W: PD de drenagem cirúrgica de Miel. Lumbal e coxa Pte. estável, sem queixas Neg. LOTS, eufórico, afébril. FO. Lupa e seca CD: alta e ambulatorial

Atendimento: 429760
Dt Atendimento: 23/05/2018 - 12:38
Dt Alta: 27/05/2018 - 14:33
Paciente: 114971 ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 65 ORTL-510-LEITO 001

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: JENNIFERMLS

CID:

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

JENNIFER MARTINS LIMA DA SILVA

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431669
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431669

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente	ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO			6 - Nº Prontuário	114971
Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	0000 - Não Se Aplica
05108863021560	25/02/1947	X 1 3	03 - Parda	12 - Telefone de Contato	8131324096
1 - Nome da Mãe	ULMIRA ROGA DO NASCIMENTO			14 - Telefone de Contato	31324096
2 - Nome Responsável	RAQUEL FELISBERTO				
3 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA ASTRONAUTA COLLINS, 614 - SANTO AMARO				
3 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
RECIFE	261160	PE	50040160		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos
LESÃO MOTO X BICICLETA HA 18 DIAS EVOLUINDO COM COLEÇÃO LÍQUIDA EM SUBCUTÂNEO DE COXA ESQUERDA

1 - Condições que justificam a internação
NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

2 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
ANAMNESE + EXAME FÍSICO

3 - Diagnóstico Inicial / Código

HEMORRAGIA NÃO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE

24 - CID 10 Principal
R58
I10

25 - CID 10 Secundário
W199

26 - CID 10 Causas Associadas
03.03.06.010-7

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS	0415040035		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	980016278437533
Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
SORMANE DE CARVALHO BRITTO	15/05/2018 Jan Bussotti Freire Ortopedia - Traumatologia CRM 12.155	16339	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bônus	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência	() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado		

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	
	Dr. Luciano Moser Traumatologia - Ortopedia CRM 12.155	

AIH
261810160447-0

Código do Laudo: 428509



FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 428735

Usuário: ROSEANERSON

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP : 53.400 - 000

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO**

Prontuário: 114971

Data de Nascimento: 25/2/1947

Idade: 71a 2m 19d

Sexo: M

Estado Civil: CASADO

Profissão:

Escolaridade:

Telefone: 31324095

CEP: 50040160

R.G.: 820929

C.P.F.: 21720177449

614 - SANTO AMARO

- RECIFE

- PE

Endereço: RUA ASTRONAUTA COLLINS

Dados da Internação

Data e Hora da Internação: 16/5/2018 08:06

Plano: GERAL

Origem: URGENCIA/EMERGENCIA

Convênio: SUS - INTERNACAO

Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERDE-18

Médico Internação: PLANTONISTA CIRURGIA GERAL

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:

R.G.:

C.P.F.:

FATURADO

08/06/18

CLAUDEVAN SOUSA

PLANTONISTA

Cidade:

Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta:

Hora da Alta:

Motivo:

☐ Melhorado

☐ A Pedido

☐ Transferência

☐ Óbito

☒ Evolução

Condições de Alta:

Diagnóstico Principal.....:

Diagnóstico Secundário01.:

Diagnóstico Secundário02.:

Procedimento.....:

Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente

Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Sumário da Classificação de Risco - Protocolo

Data e hora retirada da senha: 15/05/2018 08:02

Nome Paciente: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO
Cód. Paciente: 114971
Data de Nascimento: 25/02/1947
Sexo: Masculino
Idade: 71
Senha: 0005
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 428509
SAME: 102090

Período: 15/05/2018 08:48 - 15/05/2018 08:53

Fl. FERNANDA SOUZA DA CAMARA NASCIMENTO - COREN: 273647 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

NAO URGENTE - VERDE

Classe:

Classe Principal:

Observação:

Programa sintoma:

Eliminador(es):

Especialidade:

Sinais Vitais Lidos:

PACIENTE COM HISTORIA DE TRAUMA HÁ 18 DIAS. COLISÃO MOTOX BICICLETA.
PROCEDENTE DA UPA DE OLINDA COM SENHA: 5426574. HAS, NEGA DM E ALERGIA
MEDICAMENTOSA.
TRAUMA
- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
- FREQUENCIA CARDIACA: 78.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 100.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

REVISADO
FERNANDA

Recolhido(a) por: FERNANDA SOUZA DA CAMARA NASCIMENTO - COREN: 273647 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 15/05/2018 08:53

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Senha da Classificação:

0005

Atendimento: 428509

Data e Hora: 15/05/2018 08:06

Paciente: 114971 ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 25/02/1947 Idade: 71 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO

Nome do Pai: JOAO FELISBERTO DO NASCIMENTO

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA ASTRONAUTA COLLINS

614

Bairro: SANTO AMARO

Cidade/UF: RECIFE

PE

Usuário Atendimento: JOSAFAXA

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

Exame Físico

Hipótese Diagnóstico

Prescrição Médica

Inf. Busiorff Freire

Ortopedia - Traumatologia

CRM: 12346

Assinatura e Carimbo Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório

() Residência

Senha:

() Transferido: Para

() Encaminhado ao setor de internação



UPA 24h

IMIP

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrica () Psiquiátrica ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA 54 26 574

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: Antônio Felisberto dos Nascimento Idade: 71
Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____
Endereço Residencial: _____ Bairro: _____
Cidade: _____

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passado () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de 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 () Meus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Insuficiência renal crônica em tratamento há 16 dias
com dieta restrita e uso de medicação
Hipótese Diagnóstica: Infarto agudo do miocárdio

AValiação CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia 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 () Lesões de pele: S () N () Repetição de Sinais: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Colocação da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO			6 - Nº Prontuário	114971
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - RacaCor	10.1 - Etnia	
703108863021560	25/02/1947	Masculino X 1 Feminino 3	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO			12 - Telefone de Contato	8131324086
13 - Nome Responsável	MARIA SOLANGE			14 - Telefone de Contato	31324096
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
RUA ASTRONAUTA COLLINS, 614 - SANTO AMARO	261160	PE	50040190		
16 - Município					
RAIO					

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE BICICLETA/MOTO
HÁ DE 22 DIAS, APRESENTANDO HEMATOMA EM
MÉDULA ALERGIAS E COMORBIDADES

21 - Condições que justificam a internação
NECESSIDADE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
ANAMNESE+EXAME FÍSICO

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
HEMORRAGIA NAO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE	R55 L999	V129	03.17

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA	0415020069

29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	980016000814998
Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
FAGNER FONSECA DE ATHAYDE	22/05/2018	16863	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bônus	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência	() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado		

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº de Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	261810160400-8
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro do Conselho)	

Código do Laudo: 429575

HOSPITAL MIGUEL ARRAES
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001
Data.: 25/05/2018
Hora.: 17:34

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 49780
Paciente : 114971
Convênio Atend. : 1
Leito : 691
Dt. Início : 25/05/2018 16:38

Sala : 0003 SALA 03
ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO
SUS - INTERNACAO
VERD2-15
Dt. Fim : 25/05/2018 17:28

Atendimento : 429760
Carteira :
Idade : 71 Anos 17 Horas

Cid Pré-Operatório :
Cid Pós-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0407040030
Convênio: 001
Anestesia: 05

DRENAGEM DE HEMATOMA / ABSCESSO PRE-PERITONEAL (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIÃO

15979 JULIANO MACHADO ALVES DA SILVA

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: MORELL LAVALLEE EM COXA ESQUERDA
INTERVENÇÃO: DRENAGEM CIRÚRGICA
OPERADOR: DR JULIANO MACHADO
1º AUXILIAR: DR RENATO HOLANDA
2º AUXILIAR: DR ICARO MÖLIM

ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTEREIS
3. INCISÃO LONGITUDINAL DE CERCA DE 20CM NA ÁREA DE FLUTUAÇÃO PROXIMAL COXA ESQ
4. DRENAGEM DE GRANDE QUANTIDADE DE SECREÇÃO SEROSSANGUINOLENTA SUPERFICIAL A FÁSCIA
5. LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9% 3.000ML
6. SELO DA HEMOSTASIA
7. SUTURA POR PLANOS
8. CURATIVO ESTÉRIL

Documentação médica - hospitalar



Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Rodrigo D. L. S.
Ortopedia - Traumatologia

DR(A) : JULIANO MACHADO ALVES DA SILVA
CRM : 15979

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Nome: **ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO**

Nº registro: **617098**

Dt. Nasc.: **25/02/47 - 71 ano (s)**

Sexo: **Masculino**

Mãe: **ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO**

Fone: **81 3132-4096**

Endereço: **R ASTRONAUTA COLLINS, nº 614, SANTO AMARO. RECIFE - PE**

Data/hora: **28/04/2018 - 13:29** Nº pág.: **2/2**

EXT: BEM PERFUNIDAS, PULSO+, CHEIO E SMÉTRICO.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Y03 - AGRESSÃO POR MEIO DE IMPACTO DE UM VEÍCULO A MOTOR | PANCADA, GOLPE OU ATROPELAMENTO, DE MODO DELIBERADO COM VEÍCULO A MOTOR

OBSERVAÇÕES :

Evolução do paciente:

**VITIMA DE ATROPELAMENTO, TRAZIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS.
JA ATENDO O PACIENTE APÓS CONSULTA DA CLINICA MEDICA. QUEIXA-SE DE DOR EM QUADRIL
A ESQ E EM COTOVELO ESQ**

**EF: BEG, ORIENTADO, GLASGOW:15
ESCORIAÇÃO EM COTOVLEO ESQ
DOR MOBILIZAÇÃO QUADRIL ESQ**

SOL RX

**Resultados de Exames:
RX SEM ALTERAÇÕES**

**Dr. ALEXANDRE JOSE PEREIRA DE LIMA
CRM: 21457**

**Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: ALEXANDRE JOSE PEREIRA DE LIMA. CRM: 21457. Data e Hora: 28/04/2018 15:22:46.
Esta conta deve ser paga com recursos públicos.**

**Unidade de Pronto Atendimento
Rua Mirabela, nº 30, Torres CEP: 50640-580 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4440**



Nome: **ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO**

Nº registro: **617098**

Dt. Nasc.: **25/02/47 - 71 ano(s)**

Sexo: **Masculino**

Mãe: **ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO**

Fone: **81 3132-4096**

Endereço: **R ASTRONAUTA COLLINS, nº 614, SANTO AMARO, RECIFE - PE**

Data/hora: **28/04/2018 - 13:29** Nº pág.: **1/2**

FICHA DE ATENDIMENTO

CR: CLÍNICA MÉDICA - AMARELO

ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:

TRIAGEM:

- QUEIXA
- VITIMA DE QUEDA DE MOTO TRAZIDO PELOS BOMBEIROS APRESENTANDO: SANGRAMENTO NASAL, TRAUMA COM ESCORIAÇÕES EM MSE E MIE.

ORIGEM

-

TIPO DE CHEGADA

-

OBSERVAÇÕES

-

FLUXOGRAMA

- Trauma maior

DISCRIMINADOR

- Dor moderada *

COLETA AUTORIZADA?

- SIM

AValiação e medidas clínicas

- DOR 5
- GLASGOW 15
- DOR 5

ENCAMINHAMENTOS

- Clínica Médica

TRANSPORTADO POR

-

JUSTIFICATIVA

-

MEDICA:

EXAME FÍSICO:

Peso: x mmHg
PA: x mmHg
EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, ECG 15, EUPNEICO
AVC: RCR 2T BNF 55 FC: 98 BPM
AR: MV+EM AHT SEM ADV SATO2: 99% AA
ABD: GLOBOSO, RHA+ DEPRESSÍVEL, INDOLOR

Altura:

IMC: {}

Temperatura: °

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Lei nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: **ALEXANDRE JOSE PEREIRA DE LIMA**, CRM: 21457, Data e Hora: 28/04/2018 15:22:46.

Esta conta deve ser paga com recursos públicos.

Unidade do Pronto Atendimento
Rua Mirabela, nº 30, Torres CCP: 50640-580 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4440

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO REG: 114971
CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____

LEITO: _____

DATA/HORA	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
15/5/2018	# ADMISSÃO
15:30	PACIENTE REFERE TRAUMA MOTO X BICICLETA HÁ 18 DIAS EVOLUINDO COM HEMATOMA SUBCUTÂNEO EM FACE LATERAL DE COXA ESQUERDA. NEGA DOR AO TOQUE NEGA ALERGIAS, REFERE HAS NEGA DM
	AO EXAME: BEG, LUCIDO, ORIENTADO, EUPNEICO, AFEBRIL
	HD. HEMATOMA SUBCUTÂNEO EM FACE LATERAL DE COXA ESQUERDA
	CD. SOLICITO PCR, VHS, HEMOGRAMA COMPLETO E PARECER DA CARDIO
	Ian Busto Freire Ortopedia - Traumatologia CRM-PE 28.558
16/05/18 07:40h	# SOT# NO Hematomas em quadril (E) Paciente sem queixas BEG, LOTS Eupneico, Afebril Cd. Ag. Curva
	Ian Busto Freire Ortopedia - Traumatologia CRM-PE 28.558
16/05/18	# SOT# NO Hematomas em quadril (E) Paciente sem queixas BEG, LOTS, Eupneico, Afebril Cd. Ag. Curva
	Ian Busto Freire Ortopedia - Traumatologia CRM-PE 28.558



CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

NOME: _____ REG: _____
CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____
SEXO: _____ PESO NA ADMISSÃO: _____ Kg PESO ATUAL: _____ Kg
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: _____

HORAS: _____ PLANTÃO DIURNO: _____ DATA: ____/____/____
Estado Geral: () Regular () Grave () Gravíssimo
Dieta: () VO () SNG () SNE () SOG () Gastrostomia () Dieta Zero
Padrão Respiratório: () Eupnéico () Taquipnéico () Bradipnéico () Dispnéico
Acesso Venoso: () Periférico () Central Local: _____
Curativo: () Sim () Não Local: _____
Drenos: () Sim () Não Local: _____
Evacuações: () Presente () Ausente Aspecto: _____

Auxiliar/Técnico de Enfermagem: _____

HORAS: _____ PLANTÃO NOTURNO: _____ DATA: ____/____/____
Estado Geral: () Regular () Grave () Gravíssimo
Dieta: () VO () SNG () SNE () SOG () Gastrostomia () Dieta Zero
Padrão Respiratório: () Eupnéico () Taquipnéico () Bradipnéico () Dispnéico
Acesso Venoso: () Periférico () Central Local: _____
Curativo: () Sim () Não Local: _____
Drenos: () Sim () Não Local: _____
Evacuações: () Presente () Ausente Aspecto: _____

Auxiliar/Técnico de Enfermagem: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

CUIDADOS DE ENFERMAGEM	HORÁRIO	RESPONSÁVEL



Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Antônio Felisberto do Nascimento REG: 119971

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	# SOT #
18/08/18	HD Hematoma em quadril (E) Paciente refere estar cansado P) Curva B.S. L.O.B. Curva, Curva C. Ag. Curva
19/08 2018 05:015	# SOT # HD Hematoma em quadril (E) P.T. x novo quadril B.S. L.O.B. Curva, Curva C. Ag. Curva
20/08/18	# SOT # H.P. Hematoma em quadril (E) Paciente refere
	Ian Bustorff Freire Ortopedia - Traumatologia CRM-PE 26.556



MIGUEL ARRAES



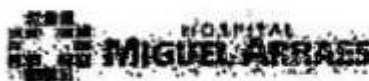
Insituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figuera

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ REG: _____

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

[illegible]



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO REG: 114971

IDADE: _____ SEXO: _____ DATA DA ADMISSÃO 15/5/2018 DATA DA ALTA 20/05/18

DIAGNÓSTICO: Plano de cuidados CCV7 E

TRATAMENTO REALIZADO:

Nenhum

ORIENTAÇÃO:

Prescrição de alta de hospital

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM () NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: _____





MIGUEL ARRAES



IMIP
Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

NOME: _____ REG: _____
CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____
SEXO: _____ PESO NA ADMISSÃO: _____ Kg PESO ATUAL: _____ Kg
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: _____

HORAS: _____ PLANTÃO DIURNO: _____ DATA: ____/____/____
Estado Geral: () Regular () Grave () Gravíssimo
Dieta: () VO () SNG () SNE () SOG () Gastrostomia () Dieta Zero
Padrão Respiratório: () Eupnéico () Taquipnéico () Bradipnéico () Dispnéico
Acesso Venoso: () Periférico () Central Local: _____
Curativo: () Sim () Não Local: _____
Drenos: () Sim () Não Local: _____
Evacuações: () Presente () Ausente Aspecto: _____

Auxiliar/Técnico de Enfermagem: _____

HORAS: _____ PLANTÃO NOTURNO: _____ DATA: ____/____/____
Estado Geral: () Regular () Grave () Gravíssimo
Dieta: () VO () SNG () SNE () SOG () Gastrostomia () Dieta Zero
Padrão Respiratório: () Eupnéico () Taquipnéico () Bradipnéico () Dispnéico
Acesso Venoso: () Periférico () Central Local: _____
Curativo: () Sim () Não Local: _____
Drenos: () Sim () Não Local: _____
Evacuações: () Presente () Ausente Aspecto: _____

Auxiliar/Técnico de Enfermagem: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

CUIDADOS DE ENFERMAGEM	HORÁRIO	RESPONSÁVEL

EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo 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
Sem compreensão 2
Sem resposta verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Deserebração 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

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

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Déficit da consciência ()
Dificuldade na fala ()
Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Mídrise () Miose ()

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S() N()
Lesões Intra-Torácicas: S() N() Fratura Pélvis: S() N()
Lesões Intra-abdominais: S() N() Fratura em Osso Longo: Fechada() Aberta()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S() N() Informante: Vítima () Outros ()
Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()
Usou outras drogas: S() N() Informante: Vítima () Outros ()
Lolô () Maconha () Cole () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S() N()
Imobilização Tele Gessada: S() N()
Antibioticoterapia: S() N() Especificar: _____
Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()
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: _____
Intercorrelações: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Drainagem Cirúrgica

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: *HM A* Hora: _____
Médico Regulador: _____
Transferência com acompanhamento Médico: S() N()

14/05/18, Ubatuba-PE
Local e data

Francisco João Rossi
Médico
CRA-PE 23368
Médico Assistente

Atendimento: 428735
Dt Alta: 20/05/2018 - 21:21
Atendimento: 16/05/2018 - 08:06
Paciente: 114971 ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Convênio: 1 SUS - INTERNACAO
Leito: 694 VERD2-18
Plano: 1 GERAL
Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA
Usuário: MAYARAAM

CID:

0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

MAYARA ALVES MENDES

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais
HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

PACIENTE.....: JAIRO LUIZ DE SOUZA
NASCIMENTO...: 12/9/1978 IDADE: 39 SEXO: MASCULINO
MÃE.....: MARILUCE MARIA DE SOUZA
ENDEREÇO.....: NOBRE DO, NÚMERO: 1786
BAIRRO.....: NOBRE
CIDADE.....: PAULISTA



Data/Hora	#861
11/06/18	→ MDI FO 25/05/18 Morat Icaralle Ceres F Tat inclui item glaxia no morat → FO: Bom aspecto sem ruído → CP: Condorça Retorno Hen Dr. Renata Holanda Osteopata / Fisiologista CRM-PR/25.945
09/07/18	Set MDI Lesão de Morat Icaralle FO Sem Flogose ou E... de L... .. CDI Retorno em 1 mês p/ Registo Histo... .. CREMPF 12686

Dr. Pedro Marques

Ortopedista e Traumatologista - CRM 8594



LAUDO DE PERÍCIA MÉDICA PARA DPVAT

☐ DADOS PESSOAIS

Nome do paciente ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

Data de nascimento 25, 02, 1947 RG 020.929 CPF 217.201.774/49

☐ DADOS CLÍNICOS

Data do primeiro atendimento 25, 04, 2018

Nº do B.O. 18E0092002004

Resumo clínico Paciente vítima de acidente de trânsito; fratura de fêmur na cartela + costela.

Diagnóstico fratura de fêmur

Tratamento fixação com placa + parafusos

Sequelas 1 - lesão dos tecidos moles

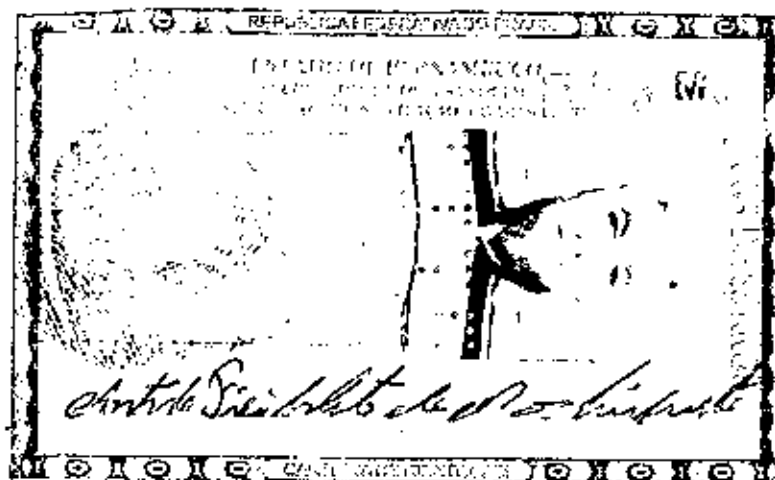
2 - dor crônica nos movimentos de flexão e extensão

Data da alta ambulatorial definitiva 18, 10, 19

Abreu e Lima, 18 de Outubro de 2019

Dr. Pedro Marques
Traumatologia-Ortopedia
CRM 8594

Médico (CRM)



Documentos de identificação



820.929	23/06/2012
<< ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO >>	
<< JOÃO FELISBERTO DO NASCIMENTO >>	
<< ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO >>	
ALIANÇA - PE	25/02/1947
<< CC.6299 L.128 F.101 CART.10PECIFE- PE 25.04.1979 >>	
217.201.774-49	

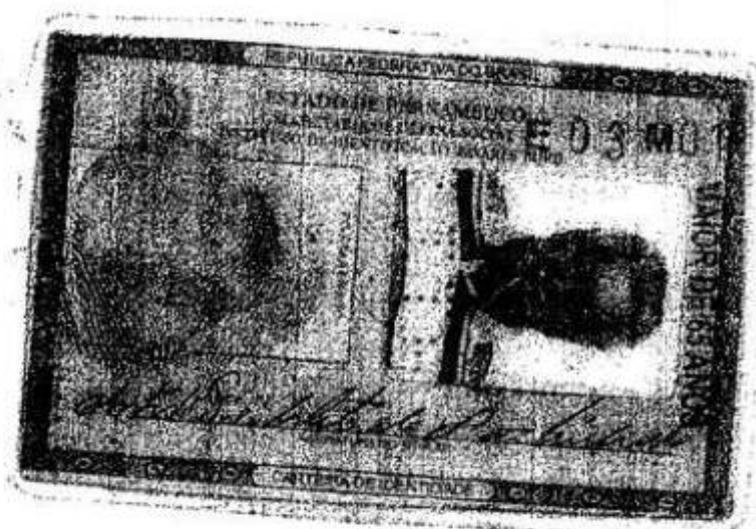


Documentos de identificação

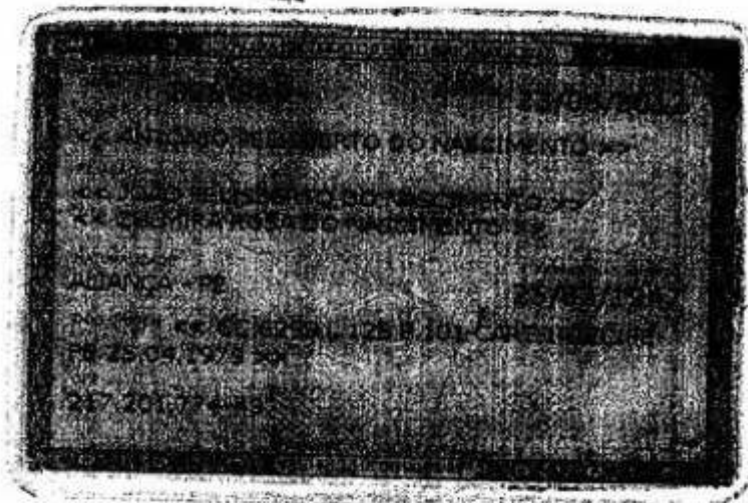


820.929		23/06/2012
<< ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO >>		
<< JOÃO FELISBERTO DO NASCIMENTO >>		
<< ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO >>		
ALIANÇA - PE	25/02/1947	
<< CC.6299 L.125 F.101 CART.1 RECIFE - PE 25.04.1979 >>		
217.201.774-49		

	
COMARLA - VIDA E PREVIDÊNCIA S/A	
04 JUL 2019	
PR	COLO
AGÊNCIA RECIFE	



COMPREV
COMPANHIA DE PREVIDENCIA S/A
04 JUL 2019
PR JCOLO
AGENCIA RECIFE



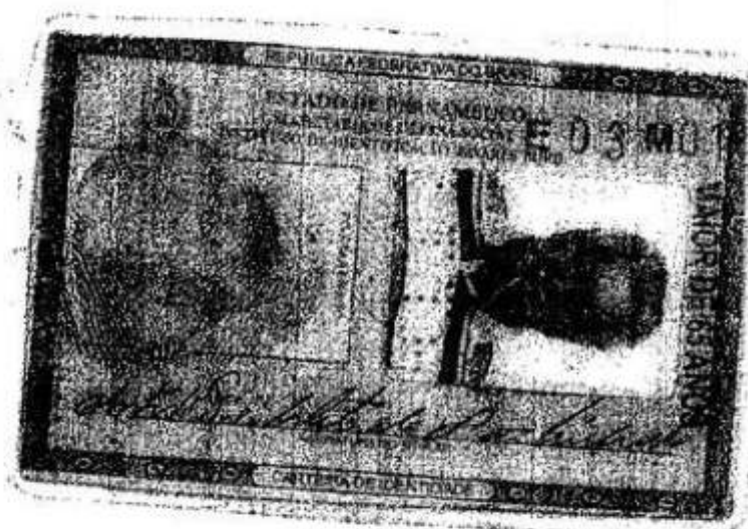


Documentos de identificação

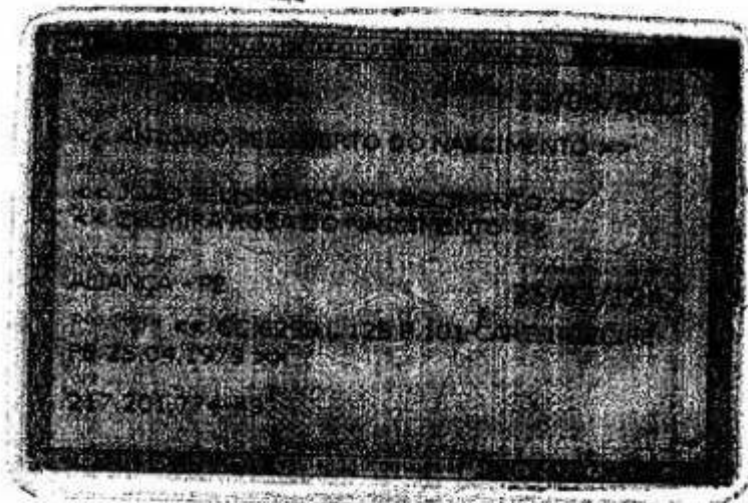


820.929		23/06/2012
<< ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO >>		
<< JOÃO FELISBERTO DO NASCIMENTO >>		
<< ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO >>		
ALIANÇA - PE	25/02/1947	
<< CC.6299 L.125 F.101 CART.1 RECIFE - PE 25.04.1979 >>		
217.201.774-49		

	
COMARLA - VIDA E PREVIDÊNCIA S/A	
04 JUL 2019	
PR	COLO
AGÊNCIA RECIFE	



COMPREV
COMPANHIA DE PREVIDÊNCIA S/A
04 JUL 2019
PR JCOLO
AGÊNCIA RECIFE





CÓPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA



PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 39305 / 2018

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 002A. CIRCUNSCRIÇÃO - BOA VISTA
Ofício nº. 1003 / 2018 Data 9 / 10 / 2018
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 002A. CIRCUNSCRIÇÃO - BOA VISTA

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 14:24 do dia 9 de Outubro de 2018, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de **ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO** filho(a) de **JOÃO FELISBERTO DO NASCIMENTO** e de **ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO**, de cor **NÃO INFORMADO**, sexo **Masculino**, cabelo **NÃO INFORMADO**, estado civil **Casado (a)**, apresentando a idade de **71 Anos**, peso **NÃO INFORMADO**, de estatura **NÃO INFORMADO**, natural de **ALIANÇA - PE**, nacionalidade **BRASIL**, documento apresentado **RG: 820929**, profissão **APOSENTADO**, endereço **RUA ASTRONAUTA COLLINS, nº 614, complemento: NÃO INFORMADO**, bairro **SANTO AMARO**, telefone/s **(81)3132-4096, (81)99230-0451**, **RECIFE - PE**, sinais particulares **NÃO INFORMADO**, local de ocorrência **NÃO INFORMADO**, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Periciando refere acidente de moto em 28/04/18, diz que foi atendido na UPA dos Torões. Acompanha-se de laudo médico assinado pelo Dr. Alexandre José Pereira de Lima, CRM 21457, que diz "... Vítima de queda de moto, apresentando sangramento nasal, trauma com escoriações em MSE e MIE..." Diz que recebeu alta, e alguns dias após evoluiu com dor na coxa esquerda. Foi novamente para UPA e informa que de lá foi encaminhado para o Hospital Miguel Arraes, acompanha-se do prontuário médico do Hospital Miguel Arraes, datado de 22/05/18, assinado pelo Dr. Luciana Moser, CRM 17171, que diz "... Relato de acidente bicicleta x moto há cerca de 22 dias, apresentando hematoma em MIE. Necessidade de procedimento cirúrgico..."

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Cicatriz linear hipertrófica medindo 160 mm em face lateral da coxa esquerda.

QUESITOS:

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?
Sim

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?
Instrumento contundente.

3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função; perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)
Sim. Incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias (trauma em coxa esquerda).

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)
Não.

PROJETO CORRER DO DOCUMENTO NÃO CONFORME
☐ HO em cópia simples
☐ Comprovante de despesas médicas em cópias
☐ Certidão de Óbito em cópia simples
☒ Laudo de IML em cópia Simples
Solicitar documento assinado conforme Guia de Regulação
Seguradora Líder - DPVAT

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL
ANTÔNIO PERSIVO CUNHA
PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA
Nº 39305 / 2018
Assinado por: [Assinatura]



CÓPIA AUTÊNTICA



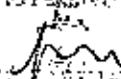
GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr(*). GERCINA DALVA DE ALBUQUERQUE
BASTOS DUARTE - CRM 11974.


Perito responsável.

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Secretaria de Defesa Social
Diretoria de Polícia Científica
Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha
Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr(*). GERCINA DALVA DE ALBUQUERQUE
BASTOS DUARTE - CRM 11974.
de ANTÔNIO FELISBERTO
DO NASCIMENTO
30/10/18 SIN. PROT.
Alexandre C. 296.534-0
Função

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL
ANTÔNIO PERSIVO CUNHA




CÓPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA



PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 39305 / 2018

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLICIA DA 002A. CIRCUNSCRICAO - BOA VISTA
Ofício nº. 1003 / 2018 Data 9 / 10 / 2018
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLICIA DA 002A. CIRCUNSCRICAO - BOA VISTA

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 14:24 do dia 9 de Outubro de 2018, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de **ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO** filho(a) de **JOÃO FELISBERTO DO NASCIMENTO** e de **ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO**, de cor **NÃO INFORMADO**, sexo **Masculino**, cabelo **NÃO INFORMADO**, estado civil **Casado (a)**, aparentando a idade de **71 Anos**, peso **NÃO INFORMADO**, de estatura **NÃO INFORMADO**, natural de **ALIANCA - PE**, nacionalidade **BRASIL**, documento apresentado **RG: 820929**, profissão **APOSENTADO**, endereço **RUA ASTRONAUTA COLLINS, nº 614, complemento: NÃO INFORMADO**, bairro **SANTO AMARO**, telefone/s **(81)3132-4096, (81)99230-0451**, **RECIFE - PE**, sinais particulares **NÃO INFORMADO**, local de ocorrência **NÃO INFORMADO**, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Periciando refere acidente de moto em 28/04/18, diz que foi atendido na UPA dos Torrões. Acompanha-se de laudo médico assinado pelo Drº Alexandre José Pereira de Lima, CRM 21457, que diz "... Vítima de queda de moto, apresentando sangramento nasal, trauma com escoriações em MSE e MIE...". Diz que recebeu alta, e alguns dias após evoluiu com dor na coxa esquerda. Foi novamente para UPA e informa que de lá foi encaminhado para o Hospital Miguel Arraes, acompanha-se do prontuário médico do Hospital Miguel Arraes, datado de 22/05/18, assinado pelo Drº Luciana Moser, CRM 17171, que diz "... Relato de acidente bicicleta x, mold há cerca de 22 dias, apresentando hematoma em MIE. Necessidade de procedimento cirúrgico..."

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Cicatriz linear hipercrômica medindo 160 mm em face lateral da coxa esquerda.

QUESITOS:

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?

Sim

2º) Qual o instrumento ou meio que o ocasionou?

Instrumento contundente.

3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função; perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)

Sim. Incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias (trauma em coxa esquerda).

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)

Não.

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL
ANTÔNIO PERSIVO CUNHA
[Assinatura]
PERNAMBUCO



CÓPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA



Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr^o. GERCINA DALVA DE ALBUQUERQUE
BASTOS DUARTE - CRM 11974.


Perito responsável.

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Instituto de Medicina Legal - Antônio Persivo Cunha
Secretaria de Defesa Social

Em acordo com o laudo nº 295.534-8, de 20/10/18, emitido pelo
perito responsável, Dr. Gercina Dalva de Albuquerque Bastos Duarte, CRM 11974.

de ANTÔNIO FELISBEATO
do NASCIMENTO

20/10/18 SIN: PROT.

Alexandre C. 295.534-8
Folha nº 1

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL
ANTÔNIO PERSIVO CUNHA


Perito responsável



POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 2ª CIRCUNSCRIÇÃO – BOA VISTA

OF DP2ª CIRC/PCPE Nº 1003 /2018
 Ref.: BOE 18E0092002004

Recife, 20 de setembro de 2018

Senhor Diretor:

Cumprimentando-o cordialmente, sirvo-me do presente para solicitar os bons préstimos de V. Sª. no sentido de ser procedida o competente **Exame Traumatológico** de **ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO**, RG nº 820.929 /SDS/PE, brasileiro, natural de Aliança/PE, casado, nascido aos 25/02/1947, filho de João Felisberto do Nascimento e Zulmira Rosa do Nascimento, conforme Boletim de Ocorrência **18E0092002004**.

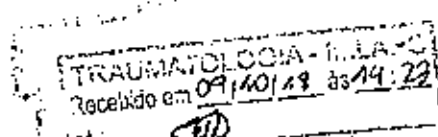
Solicitamos que o correspondente laudo seja remetido para 2ª Circunscrição Policial – Boa Vista/PE.

Atenciosamente,


CHARLES GULTIERGUE
 Delegado de Polícia

 **Delegado de Polícia**
 Mat. 196.703-7

Ao Ilmo Senhor
 Diretor do Instituto Médico Legal - Recife/PE
 NESTA


TRAUMATOLOGIA - 1.1.1.1.1.1.1
 Recebido em 09/10/18 às 14:22
 Assinatura - [Assinatura]
 Shartene Noblat
 Polícia Civil de Pernambuco
 Ass. de Leg. 21-8
 Mat. 386.921-8



CÓPIA AUTÊNTICA

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 39305 / 2018

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 002A. CIRCUNSCRIÇÃO - BOA VISTA
Ofício nº. 1003 / 2018, Data 9 / 10 / 2018
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 002A. CIRCUNSCRIÇÃO - BOA VISTA

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 14:24 do dia 9 de Outubro de 2018, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de **ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO** filho(a) de **JOÃO FELISBERTO DO NASCIMENTO** e de **ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO**, de cor **NÃO INFORMADO**, sexo **Masculino**, cabelo **NÃO INFORMADO**, estado civil **Casado** (a), apresentando a idade de **71 Anos**, peso **NÃO INFORMADO**, de estatura **NÃO INFORMADO**, natural de **ALIANÇA - PE**, nacionalidade **BRASIL**, documento apresentado **RG: 820929**, profissão **APOSENTADO**, endereço **RUA ASTRONAUTA COLLINS, nº 614, complemento: NÃO INFORMADO, bairro SANTO AMARO, telefone/s (81)3132-4096, (81)99230-0451, RECIFE - PE**, sinais particulares **NÃO INFORMADO**, local de ocorrência **NÃO INFORMADO**, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Periciando refere acidente de moto em 28/04/18, diz que foi atendido na UPA dos Torões. Acompanha-se de laudo médico assinado pelo Drº Alexandre José Pereira de Lima, CRM 21457, que diz "... Vítima de queda de moto, apresentando sangramento nasal, trauma com escoriações em MSE e MIE...". Diz que recebeu alta, e alguns dias após evoluiu com dor na coxa esquerda. Foi novamente para UPA e informa que de lá foi encaminhado para o Hospital Miguel Arraes, acompanha-se do prontuário médico do Hospital Miguel Arraes, datado de 22/05/18, assinado pelo Drº Luciana Moser, CRM 17171, que diz "... Relato de acidente bicicleta x moto há cerca de 22 dias, apresentando hematoma em MIE. Necessidade de procedimento cirúrgico..."

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Cicatriz linear hipertrófica medindo 160 mm em face lateral da coxa esquerda.

QUESITOS:

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?
Sim

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?
Instrumento contundente.

3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função; perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)
Sim. Incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias (trauma em coxa esquerda).

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)
Não.



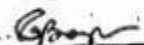


CÓPIA AUTÊNTICA

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

Lido e achado correto b(a) médico(a) legista que assina Dr^o. GERCINA DALVA DE ALBUQUERQUE
BASTOS DUARTE - CRM 11974.


Perto responsável.

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Instituto de Medicina Legal - Antônio Persivo Cunha
Recife - Pernambuco
In acordo com o art. 10, inciso I, da Lei nº 10.522/2002, esta cópia
é válida para fins de identificação.
de ANTÔNIO FELISBERTO
DO NASCIMENTO
30/10/18 SIN. PROT.
Alexand. C. 295.534-8
FUNDAMENTO

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL
ANTÔNIO PERSIVO CUNHA





CÓPIA AUTÊNTICA



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA**

PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 39305 / 2018

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 002A. CIRCUNSCRIÇÃO - BOA VISTA
Ofício nº. 1003 / 2018, Data 9 / 10 / 2018
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 002A. CIRCUNSCRIÇÃO - BOA VISTA

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 14:24 do dia 9 de Outubro de 2018, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de **ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO** filho(a) de **JOÃO FELISBERTO DO NASCIMENTO** e de **ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO**, de cor **NÃO INFORMADO**, sexo **Masculino**, cabelo **NÃO INFORMADO**, estado civil **Casado** (a), apresentando a idade de 71 Anos, peso **NÃO INFORMADO**, de estatura **NÃO INFORMADO**, natural de **ALIANÇA - PE**, nacionalidade **BRASIL**, documento apresentado **RG: 828929**, profissão **APOSENTADO**, endereço **RUA ASTRONAUTA COLLINS, nº 614, complemento: NÃO INFORMADO**, bairro **SANTO AMARO**, telefones/s (81)3132-4096, (81)99230-0451, **RECIFE - PE**, sinais particulares **NÃO INFORMADO**, local de ocorrência **NÃO INFORMADO**, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Periciando refere acidente de moto em 28/04/18, diz que foi atendido na UPA dos Torões. Acompanhe-se de laudo médico assinado pelo Dr. Alexandre José Pereira de Lima, CRM 21457, que diz "... Vítima de queda de moto, apresentando sangramento nasal, trauma com escoriações em MSE e MIE..." Diz que recebeu alta, e alguns dias após evoluiu com dor na coxa esquerda. Foi novamente para UPA e informa que de lá foi encaminhado para o Hospital Miguel Arraes, acompanha-se do prontuário médico do Hospital Miguel Arraes, datado de 22/05/18, assinado pelo Dr. Luciana Moser, CRM 17171, que diz "... Relato de acidente bicicleta x moto há cerca de 22 dias, apresentando hematoma em MIE. Necessidade de procedimento cirúrgico..."

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Cicatriz linear hipertrófica medindo 180 mm em face lateral da coxa esquerda.

QUESITOS:

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?
Sim

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?
Instrumento contundente.

3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função; perigo de vida, apertação de parto; incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)
Sim. Incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias (trauma em coxa esquerda).

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)
Não.

PROJETO CORRIGIR DOCUMENTO NÃO CONFORME	
☐	BO em cópia simples
☐	Comprovante de despesas médicas em cópias
☐	Certidão de Óbito em cópia simples
☒	Laudo de IML em cópia Simples
Solicitar documento assinado conforme Guia de Regulação	
Sequenciadora LIDER - DPVAT	



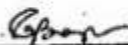


CÓPIA AUTÊNTICA

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PEREIRA CUNHA

Lido e achado correto b(a) médico(a) legista que assina Dr(a). GERCINA DALVA DE ALBUQUERQUE
BASTOS DUARTE - CRM 11974.


Perito responsável.

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL - Instituto Perito Cient.
ANTÔNIO FELISBERTO
do Nascimento
SIN. PROT.
Alexandre C. 295.534-8
Função

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL
ANTÔNIO PEREIRA CUNHA

COPIA

04 JUL 2019

COLO

RECIFE



CÓPIA AUTÊNTICA

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 39305 / 2018

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 002A. CIRCUNSCRIÇÃO - BOA VISTA
Ofício nº. 1003 / 2018, Data 9 / 10 / 2018
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 002A. CIRCUNSCRIÇÃO - BOA VISTA

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 14:24 do dia 9 de Outubro de 2018, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de **ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO** filho(a) de **JOÃO FELISBERTO DO NASCIMENTO** e de **ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO**, de cor **NÃO INFORMADO**, sexo **Masculino**, cabelo **NÃO INFORMADO**, estado civil **Casado** (a), apresentando a idade de **71 Anos**, peso **NÃO INFORMADO**, de estatura **NÃO INFORMADO**, natural de **ALIANÇA - PE**, nacionalidade **BRASIL**, documento apresentado **RG: 820929**, profissão **APOSENTADO**, endereço **RUA ASTRONAUTA COLLINS, nº 614, complemento: NÃO INFORMADO, bairro SANTO AMARO, telefone/s (81)3132-4096, (81)99230-0451, RECIFE - PE**, sinais particulares **NÃO INFORMADO**, local de ocorrência **NÃO INFORMADO**, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Periciando refere acidente de moto em 28/04/18, diz que foi atendido na UPA dos Torrões. Acompanha-se de laudo médico assinado pelo Dr. Alexandre José Pereira de Lima, CRM 21457, que diz "... Vítima de queda de moto, apresentando sangramento nasal, trauma com escoriações em MSE e MIE...". Diz que recebeu alta, e alguns dias após evoluiu com dor na coxa esquerda. Foi novamente para UPA e informa que de lá foi encaminhado para o Hospital Miguel Arraes, acompanha-se do prontuário médico do Hospital Miguel Arraes, datado de 22/05/18, assinado pelo Dr. Luciana Moser, CRM 17171, que diz "... Relato de acidente bicicleta x. moto há cerca de 22 dias, apresentando hematoma em MIE. Necessidade de procedimento cirúrgico..."

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Cicatriz linear hipertrófica medindo 160 mm em face lateral da coxa esquerda.

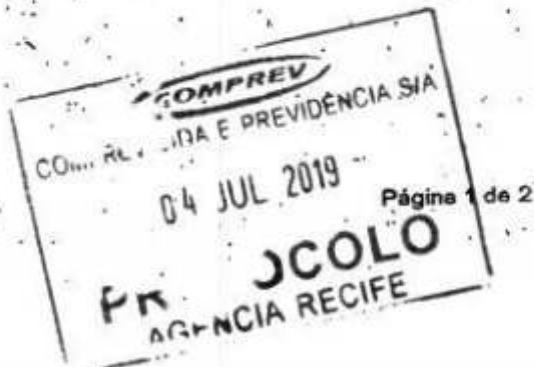
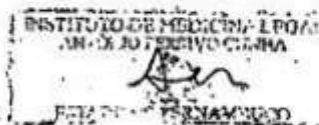
QUESITOS:

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?
Sim

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?
Instrumento contundente.

3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função; perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)
Sim. Incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias (trauma em coxa esquerda).

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)
Não.



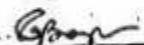


CÓPIA AUTÊNTICA

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

Lido e achado correto b(a) médico(a) legista que assina Dr^o. GERCINA DALVA DE ALBUQUERQUE
BASTOS DUARTE - CRM 11974.


Perto responsável.

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Instituto de Medicina Legal - Antônio Persivo Cunha
Recife - Pernambuco
In acordo com o art. 10, inciso I, da Lei nº 10.522/2002, esta cópia
é válida para fins de identificação.
de ANTÔNIO FELISBERTO
DO NASCIMENTO
30/10/18 SIN. PROT.
Alexand. C. 295.534-8
Fundamento

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL
ANTÔNIO PERSIVO CUNHA





CÓPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 39305 / 2018

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 002A. CIRCUNSCRIÇÃO - BOA VISTA
Ofício nº. 1003 / 2018, Data 9 / 10 / 2018
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 002A. CIRCUNSCRIÇÃO - BOA VISTA

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 14:24 do dia 9 de Outubro de 2018, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de **ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO** filho(a) de **JOÃO FELISBERTO DO NASCIMENTO** e de **ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO**, de cor **NÃO INFORMADO**, sexo **Masculino**, cabelo **NÃO INFORMADO**, estado civil **Casado** (a), apresentando a idade de **71 Anos**, peso **NÃO INFORMADO**, de estatura **NÃO INFORMADO**, natural de **ALIANÇA - PE**, nacionalidade **BRASIL**, documento apresentado **RG: 828929**, profissão **APOSENTADO**, endereço **RUA ASTRONAUTA COLLINS, nº 614, complemento: NÃO INFORMADO**, bairro **SANTO AMARO**, telefones/s (81)3132-4096, (81)99230-0451, **RECIFE - PE**, sinais particulares **NÃO INFORMADO**, local de ocorrência **NÃO INFORMADO**, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Periciando refere acidente de moto em 28/04/18, diz que foi atendido na UPA dos Torões. Acompanhe-se de laudo médico assinado pelo Dr. Alexandre José Pereira de Lima, CRM 21457, que diz "... Vítima de queda de moto, apresentando sangramento nasal, trauma com escoriações em MSE e MIE..." Diz que recebeu alta, e alguns dias após evoluiu com dor na coxa esquerda. Foi novamente para UPA e informa que de lá foi encaminhado para o Hospital Miguel Arraes, acompanha-se do prontuário médico do Hospital Miguel Arraes, datado de 22/05/18, assinado pelo Dr. Luciana Moser, CRM 17171, que diz "... Relato de acidente bicicleta x moto há cerca de 22 dias, apresentando hematoma em MIE. Necessidade de procedimento cirúrgico..."

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Cicatriz linear hipertrófica medindo 180 mm em face lateral da coxa esquerda.

QUESITOS:

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?
Sim

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?
Instrumento contundente.

3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função; perigo de vida, apertação de parto; incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)
Sim. Incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias (trauma em coxa esquerda).

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)
Não.

PROJETO CORREREM DOCUMENTO NÃO CONFORME
☐ BO em cópia simples
☐ Comprovante de despesas médicas em cópias
☐ Certidão de Óbito em cópia simples
☒ Laudo de IML em cópia Simples
Solicitar documento assinado conforme Guia de Regulação
Sequenciadora Líder - DPVAT



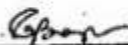


CÓPIA AUTÊNTICA

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PESSIVO CUNHA

Lido e achado correto b(a) médico(a) legista que assina Dr^o. GERCINA DALVA DE ALBUQUERQUE
BASTOS DUARTE - CRM 11974.


Perito responsável.

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL - Instituto Pessivo Cunha
ANTÔNIO FELISBERTO
do Nascimento
SIN. PROT.
Alexandre C. 295.534-8
Função

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL
ANTÔNIO PESSIVO CUNHA

COMISSÃO

04 JUL 2019

COLO

RECIFE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0414136/18

Vítima: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

CPF: 217.201.774-49

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/04/2018

Titular do CPF: ANTONIO FELISBERTO DO
NASCIMENTO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Laudo do IML - Lesões corporais

Outros

Outros



ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO : 217.201.774-49

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/11/2018

Nome: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

CPF: 217.201.774-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2018

Nome: Patricia Aleixo Silva

CPF: 068.500.787-12

ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

Patricia Aleixo Silva

COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA Antonio Felisberto do Nascimento

DATA DO ACIDENTE 28/04/18 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 237.201.774-49

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de Identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de Identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☒ Sim ☐ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Comprovações das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☒ Documento de Identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Documento de Identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de Identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
 - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
 - ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): Antonio Felisberto do Nascimento
 Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador: 237.201.774-49
 E-mail: Fabio_loul - a.k.a @hotmail.com Tel: 11 99230-0451
 Data: 08/11/2018 Assinatura: Antônio Felisberto do Nascimento 237.201.774-49

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto): AL - CENTRAL Recife
 Atendente: ELIZIO GOMES DE MELO Matrícula: 8.505.836-0
 Data: 08/11/2018 Assinatura: Elizio Gomes de Melo

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180537007 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 28/04/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM HEMATOMA SUBCUTÂNEO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DRENAGEM DO ABCESSO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DE ACORDO COM LAUDO PERICIAL DO IML: Nº 39305/2018, QUESITO 4º: NÃO.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Fernanda C. G. Fonseca

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0414136/18

Vítima: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

CPF: 217.201.774-49

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/04/2018

Titular do CPF: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO : 217.201.774-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/11/2018
Nome: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO
CPF: 217.201.774-49

ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2018
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patricia Aleixo Silva

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0224456/19

Vítima: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

CPF: 217.201.774-49

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 28/04/2018

Titular do CPF: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais

ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO : 217.201.774-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/07/2019
Nome: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO
CPF: 217.201.774-49

ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/07/2019
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

JONATAN BARBOSA DE BARROS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0005032/20

Vítima: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

CPF: 217.201.774-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/04/2018

Titular do CPF: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais

ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO : 217.201.774-49

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: 06/01/2020
Nome: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO
CPF: 217.201.774-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/01/2020
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

JONATAN BARBOSA DE BARROS

Rio de Janeiro, 07 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200005574

Vítima: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 28/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

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, 15 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200005574 Vítima: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 28/04/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Antônio Felisberto do Nascimento
PORTADOR(A) DO RG Nº 820 929 EXPEDIDO POR SDS/PE EM 23/06/12 E
CPF 2272001779-99 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Urgia
E RENDA MENSAL DE R\$ (1.350,00) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, Inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SÍSDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito) _____

Autorização de pagamento



PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 033 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1030 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 033 00036954-2

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Recife 08 de novembro de 2012 Antônio Felisberto do Nascimento
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



CAIXA

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

HORA DE 11:15:21

312-793528414-9

08/NOV/2018

TERM 001009

15.002043-8
LEGALIDADE: RECIFE
MG, VINHULADA: 1294

SALDO PARA SIMPLES CONFRENCIA

1000.00056959-2

NOME: ANTONIO FELISBERTO DO NAS

DEPOSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

SALDO

0.00

DIA LIMITE

01/11

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

SEM AS INCENTIVAÇÕES DO DIA

SALDO

501.00

1.958.43

DIA LIMITE

10/12

01/11

RESUMO EM 07/11

SALDO

2.000.29

0.00

2.050.29

2.000.29

RESUMO DO DIA
SALDO DI QUALCADO
SALDO DISPONIVEL
SALDO TOTAL

312-793528414-9

12 VIA

Loterias

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&MS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 217.201.774-49 3 - CPF da vítima: 217.201.774-49 4 - Nome completo da vítima: Antonio Felisberto do Nascimento

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

5 - Nome completo: Antonio Felisberto do Nascimento 6 - CPF: 217.201.774-49

7 - Profissão: Relizeuse 8 - Endereço: Rua Astron Collins 9 - Número: 614 10 - Complemento:

11 - Bairro: São Amaro 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50040-160

15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 8199668-4814

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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1030 CONTA: 36959 2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 (vênsculo)? ☐ 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 aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento, 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife 12/06/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&MS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 217.201.774-49 3 - CPF da vítima: 217.201.774-49 4 - Nome completo da vítima: Antonio Felisberto do Nascimento

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

5 - Nome completo: Antonio Felisberto do Nascimento 6 - CPF: 217.201.774-49
7 - Profissão: Relizeuse 8 - Endereço: Rua Astron Collins 9 - Número: 614 10 - Complemento:
11 - Bairro: São Amaro 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50040-160
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 8199668-4814

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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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: 1030 CONTA: 36959 2

(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 (valencos)? ☐ 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 aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento, 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife 12/06/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

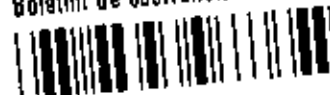
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 002ª CIRCUNSCRIÇÃO - BOA VISTA - DP2ªCIRC DIM/1ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0092002004**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **20/09/2018** às **11:34**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado), que aconteceu no dia **28/4/2018** às **12:28**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE SANTO AMARO (BAIRRO), 1, AVENIDA CRUZ CABUGA, S/N**
Bairro: **SANTO AMARO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO** Pai: **JOAO FELISBERTO DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **25/2/1947** Naturalidade: **ALIANCA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **890929/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **APOSENTADO** Telefones Celulares: **- 992300451**

Motivo da Viagem: **OUTROS**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE SANTO AMARO (BAIRRO), 1, RUA ASTRONAUTA COLLINS, 614 - CEP: 55000-000 - Bairro: SANTO AMARO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

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

BICICLETA (BICICLETA) de propriedade do(a) Sr(a): **ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **OUTRA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

file:///C:/Users/Policia%20civil/Infopol/xml/BOEPreview.html

6º OFÍCIO DE NOTAS DO RECIFE - PE - CARTÓRIO ROMA

Rua Espinheira (União Geométrica de Niterói, 51 - Centro - CEP 50010-510 - Recife - PE - Fone: (81) 3411-9292 - e-mail: cartorio@pe.gov.br

Cópia autenticada conforme original; dou fé

Em test. da verdade, Recife-PE

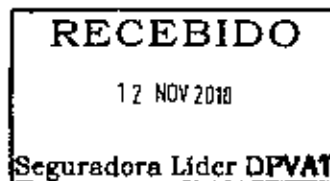
AN: PAULA ALVES DA SILVA BARRETO

Escritor Autorizada

Emolumentos: 3,41 TSNR: 0,68 TOTAL: 4,09

Selo: 0077248.81X10201810.03967 06/11/2018 15:09:56

Consulte a autenticidade do selo em: www.tpo.br/boe/validar



ALEGA A VITIMA QUE TRANSITAVA COM SUA BICICLETA PELA AVENIDA CRUZ CABUGA QUANDO DE REPENTE UMA MOTO COLIDIU NA TRAZEIRA DA SUA BICICLETA VINDO A VITIMA CAIR NO CHAO E FICOU DESACORDADO E QUE BATEU COM A CABEÇA FORTEMENTE NO CHAO E FICOU SANGRANDO PELO NARIZ, AONDE FOI LEVADO PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA O UPA DOS TORRÕES, AONDE FEZ VARIOS EXAMES E FOI CONSTATADOS UM NODULO NA PERNA E DEPOIS FOI LIBERADO, E QUE APOS ALGUNS DIAS APARECEU UM COAGULO NA PERNA PROVINIENTE DA PANCADA E QUE FOI PRECISO FAZER CIRURGIAA, AONDE FOI CIRUGIADO NO HOSPITAL MIGUEL ARRAES. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

Antonio Felisberto do Nascimento
ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO
 (VITIMA)

B.O. registrado por: **WALTER BATISTA LEITÃO - MAT. 158.197-0** - Matrícula: **158.197-0**



6º OFÍCIO DE NOTAS DO RECIFE - PE - CARTÓRIO ROMA

Rua Tenente João Ubaldo Gomes de Menezes, 55 - Centro - CEP 50040-510 - Recife - PE - Fone: (81) 3414.8292 - e-mail: cartorio@cartorioroma.pe.gov.br

Cópia autenticada conforme original; dou fé.

Em test. da verdade, Recife-PE

ANA PAULA ALVES DA SILVA BARRETO

Escrevente Autorizada

Emolumentos: 3,41 TSNR: 0,68 TOTAL: 4,09

SELO: 0077248.R1B10201810.03966 06/11/2018 15:09:55

Consulte a autenticidade do site em www.jusbrasil.com.br

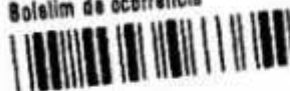




QUARTO DE LUGAR



Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 002ª CIRCUNSCRIÇÃO - BOA VISTA - DP2ªCIRC DIM/1ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0092002004

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 20/09/2018 às 14:34

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia
28/4/2018 às 12:28

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE SANTO AMARO (BAIRRO), 1, AVENIDA CRUZ CABUGA, S/N.**
Bairro: **SANTO AMARO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

RECEBIDO

12 NOV 2018

Seguradora Líder DPVAT

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

ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO** Pai: **JOAO FELISBERTO DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **25/2/1947** Naturalidade: **ALIANCA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **890929/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **APOSENTADO** Telefones Celulares: **982300451**

Motivo da Viagem: **OUTROS**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE SANTO AMARO (BAIRRO), 1, RUA ASTRONAUTA COLLINS, 614 - CEP: 55000-000 -**
Bairro: **SANTO AMARO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

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

BICICLETA (BICICLETA) de propriedade do(a) Sr(a): **ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **OUTRA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

file:///C:/Users/Policia%20civil/Inlopol/xml/BOEPreview.html

6º OFÍCIO DE NOTAS DO RECIFE - PE - CARTÓRIO ROMA

Rua Leopoldo Iriberto Gomes de Mello, 11 - Centro - CEP 50015-110 - Recife - PE - Fone: (81) 3214-9201 - e-mail: cartorio@recife.pe.gov.br

Cópia autenticada conforme original; dou fé
Em test. da verdade, Recife-PE
ANA PAULA ALVES DA SILVA BARRETO
Escrevente Autorizada
Ementas: 3,41 TSNR: 0,68 TOTAL: 4,09
SELO: 0077248.81X10201810.03967 06/11/2018

Consulte o site: portal.dpe.pe.gov.br

ALEGA A VITIMA QUE TRANSITAVA COM SUA BICICLETA PELA AVENIDA CRUZ CABUGA QUANDO DE REPENTE UMA MOTO COLIDIU NA TRAZEIRA DA SUA BICICLETA VINDO A VITIMA CAIR NO CHAO E FICOU DESACORDADO E QUE BATEU COM A CABEÇA FORTEMENTE NO CHAO E FICOU SANGRANDO PELO NARIZ, AONDE FOI LEVADO PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA O UPA DOS TORRÕES, AONDE FEZ VARIOS EXAMES E FOI CONSTATADOS UM NODULO NA PERNA E DEPOIS FOI LIBERADO, E QUE APOS ALGUNS DIAS APARECEU UM COAGULO NA PERNA PROVINIENTE DA PANCADA E QUE FOI PRECISO FAZER CIRURGIAA, AONDE FOI CIRUGIADO NO HOSPITAL MIGUEL ARRAES. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

Antônio Felisberto do Nascimento
ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO
(VITIMA)

B.O. registrado por: WALTER BATISTA LEITÃO - MAT. 158.197-0 - Matrícula: 1582197-0



6º OFÍCIO DE NOTAS DO RECIFE - PE - CARTÓRIO ROMA
Rua Engenheiro Odeirio Gomes de Sá, 11 - Centro - CEP 50010-110 - Recife - PE - Fone (81) 3214-2773 - e-mail: notarioprecife@pe.gov.br
Cópia autenticada conforme original; dou fé.
Em test. da verdade, Recife-PE
ALEX PAULA ALVES DA SILVA BARRETO
Escrivente Autorizada
Emolumentos: 3,41 TSNR: 0,68 TOTAL: 4,09
SELO: 0077248.R7810201810.03966 06/11/2018 15:09:55

Consulte o autenticidade do selo em: www.gpe.gov.br/autenticar



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&MS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 217.201.774-49 3 - CPF da vítima: 217.201.774-49 4 - Nome completo da vítima: Antonio Felisberto do Nascimento

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

5 - Nome completo: Antonio Felisberto do Nascimento 6 - CPF: 217.201.774-49
7 - Profissão: Relizeuse 8 - Endereço: Rua Astron Collins 9 - Número: 614 10 - Complemento:
11 - Bairro: São Amaro 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50040-160
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 8199668-4814

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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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: 1030 CONTA: 36959 2

(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 (vênsculo)? ☐ 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 aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento, 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife 12/06/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Comprovação de ato declaratório



Certidão nº 2018APH061235 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO, 71 anos, BRASILEIRO (a), CASADO(a), RG nº 820929 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 217.201.774-49, residente à RUA ESTONATA COLINS, nº 614, SANTO AMARO, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 28/04/2018, por volta das 12:28 hs, no endereço: AV. CRUZ CABUGÁ, S/N, SANTO AMARO RECIFE-PE, referente a um(a) QUEDA DE MOTOCICLETA, envolvendo XXX, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO, inscrito sob o CPF nº 217.201.774-49 e Registro Geral nº 820929, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710236-4 PEDROSA. Foi transportado(a) para a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO TORRÕES, Registrado(a) com o prontuário nº 61791. Ficou aos cuidados do médico LUISA DE ANDRADE, registro 26195. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 14/09/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2018APH061235

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

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



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APH001235 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO, 71 anos, BRASILEIRO (a), CASADO(a), RG nº 820929 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 217.201.774-49, residente à RUA ESTONATA COLINS, nº 614, , SANTO AMARO, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 28/04/2018, por volta das 12:28 hs, no endereço: AV. CRUZ CABUGÁ, S/N, SANTO AMARO RECIFE-PE, referente a um(a) QUEDA DE MOTOCICLETA, envolvendo XXX, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO, inscrito sob o CPF nº 217.201.774-49 e Registro Geral nº 820929, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710236-4 PEDROSA. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO TORRÕES, Registrado(a) com o prontuário nº 61791, ficou aos cuidados do médico LUISA DE ANDRADE, registro 26195. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 14/09/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultor protocolo nº 2018APH001235

Av. João de Barros, 399 - Bon Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APH001235 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr^o. ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO, 71 anos, BRASILEIRO (a), CASADO(a), RG nº 820929 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 217.201.774-49, residente à RUA ESTONATA COLINS, nº 614., SANTO AMARO, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 28/04/2018, por volta das 12:28 hs, no endereço: AV. CRUZ CABUGÁ, S/N. SANTO AMARO RECIFE-PE, referente a um(a) QUEDA DE MOTOCICLETA, envolvendo XXX, no(a) qual fora vítima(a) o(a) Sr^o ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO, inscrito sob o CPF nº 217.201.774-49 e Registro Geral nº 820929, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710236-4 PEDROSA. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO TORRÕES. Registrado(a) com o prontuário nº 61791. Ficou aos cuidados do médico LUISA DE ANDRADE, registro 26195. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GIBAPH.

Posição em 14/09/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultando protocolo nº 2018APH001235

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APH001235 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO , 71 anos, BRASILEIRO (a), CASADO(a), RG nº 820929 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 217.201.774-49, residente à RUA ESTONATA COLINS, nº 614, , SANTO AMARO, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 28/04/2018, por volta das 12:28 hs, no endereço: AV. CRUZ CABUGÁ, S/N, SANTO AMARO RECIFE-PE, referente a um(a) QUEDA DE MOTOCICLETA, envolvendo XXX, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO , inscrito sob o CPF nº 217.201.774-49 e Registro Geral nº 820929, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710236-4 PEDROSA. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO TORRÕES. Registrado(a) com o prontuário nº 61791. Ficou aos cuidados do médico LUISA DE ANDRADE, registro 26195. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 14/09/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbmz.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2018APH001235

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fonc: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 429575

Senha da Classificação:

P0006

Data e Hora: 22/05/2018 12:38

Paciente: 114971 ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 25/02/1947 Idade: 71 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO

Nome do Pai: JOAO FELISBERTO DO NASCIMENTO

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12345

Endereço: RUA ASTRONAUTA COLLINS

614

Bairro: SANTO AMARO

Cidade/UF: RECIFE

PE

Usuário Atendimento: ROSEANERSN

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Paciente com histórico de trauma da coluna de 22 dias, dor lombar e no joelho. Apresentando dor e limitação de movimento.

Exame Físico

ECG: Exame físico sem alterações significativas. MLC: Alterações locais.

Hipótese Diagnóstica

ECG: Paciente admitido do Hospital Anterior. H. Anatomia colar (C).

Prescrição Médica

Prescrição para tratamento

Assinatura e Carimbo Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

Senha:

() Encaminhado ao setor de Internação





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APH001235 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO, 71 anos, BRASILEIRO (n). CASAIDO(a). RG nº 820929 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 217.201.774-49, residente à RUA ESTONATA COLINS, nº 614, , SANTO AMARO, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 28/04/2018, por volta das 12:28 hs, no endereço: AV. CRUZ CABUGÁ, S/N. SANTO AMARO RECIFE-PE, referente a um(a) QUEDA DE MOTOCICLETA, envolvendo XXX, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO, inscrito sob o CPF nº 217.201.774-49 e Registro Geral nº 820929, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710236-4 PEDROSA. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO TORRÕES. Registrado(a) com o prontuário nº 61791. Ficou aos cuidados do médico LUISA DE ANDRADE, registro 26195. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Projeção em 14/09/2018.

A autenticidade desta certidão deve ser conferida através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbmpe.gov.br/>, consultando protocolo nº 2018APH001235

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44