

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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

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

Pelo exposto, eu Artur Valeriano da Costa Neto inscrito (a) no CPF 817.008.064, 91  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Moisés Serafim de Souza inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 590.312.984-68, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima  
Moisés Serafim de Souza, inscrito (a) no CPF sob o Nº 590.312.984-68, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento documentação comprobatória:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

|                                      |                         |                                               |                            |
|--------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------|
| Endereço<br><u>Rua Apuleu Vieira</u> |                         | Número<br><u>113</u>                          | Complemento<br><u>Casa</u> |
| Bairro<br><u>Varzea</u>              | Cidade<br><u>Recife</u> | Estado<br><u>PE</u>                           | CEP<br><u>50810-370</u>    |
| Email                                | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD)<br><u>81 987169468</u> |                            |

Recife, 13 de Agosto de 2019  
Local e Data

Artur V. Costa Neto  
Assinatura do Declarante

Atendimento: 402488

Senha da Classificação:

0007

Data e Hora: 02/11/2017 07:02

Paciente: 99260 MOISES SERAFIM DE SOUZA

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 03/08/1967 Idade: 50 anos

Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: ALZIRA MARIA DE SOUZA

Nome do Pai: ALFREDO SERAFIM DE SOUZA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Endereço: RUA NOVA DESCOBERTA

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: IPOJUCA

PE

Usuário Atendimento: JAIDETTENS

RG (Identidade): 3489028

SDS PE

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 59031298468

Fone: 994748121

Cartão SUS:

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Queixa Principal

Vitima de colisão moto-carro com la em  
perna (D)

Exame Físico

Edema, deformidade, limitação funcional  
EVU preservado

Diagnóstico

Fratura exposta do osso de perna (D)

Conduta Terapêutica

Ao BC

Prescrição Médica

Cefalotina 2g + AD EV 07:45  
Diprione 2g + AD EV 07:45

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 AGO 2019

Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Lota 5  
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-000

Francisco Ferreira  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEPE 23424

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:

# HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 02/11/2017 06:58



Nome Paciente: MOISES SERAFIM DE SOUZA  
Cód. Paciente: 99260  
Data de Nascimento: 03/08/1967  
Sexo: Masculino  
Idade: 50  
Senha: 0007  
Convênio: 2 - SUS/SIA AMB/URG  
Atendimento: 402488  
SAME:



Período: 02/11/2017 07:14 - 02/11/2017 07:15

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

Prioridade:

**URGENCIA - AMARELO**

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PCT ENCAMINHADO DO HNSO, SENHA: 5290018, COM QUEIXA DE DOR EM MID, APOS COLISAO MOTO E CARRO.  
PRESENÇA DE ESCORIAÇÕES EM MSD

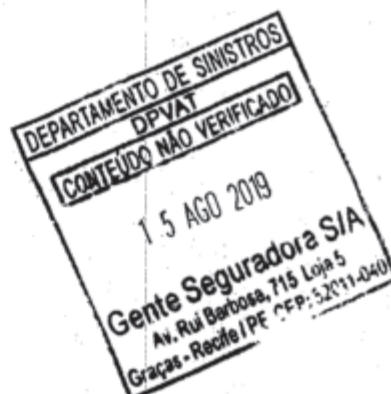
Servação:

NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR MODERADA (4-7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



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

Data Impressão: 02/11/2017 07:15

Data: 20/08/2018  
Hora: 16:17:50  
SAME: 99260

|                                                             |                                               |                             |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------|
| Pedido: 340663                                              | Atendimento: 452311                           | Idade: 51a 0m 18d           |
| Paciente: 99260 MOISES SERAFIM DE SOUZA                     |                                               | Sexo: Masculino             |
| Médico Solicitante: CRM - 13526 HOMERO RODRIGUES SILVA NETO |                                               |                             |
| Data da Solicitação: 20/08/2018                             | Hora: 13:07:12                                | Dt. Realiz.....: 20/08/2018 |
| Convênio: SUS/SIA AMB/URG                                   | Origem da Solicitação: EXTERNOS - AMBULATORIO |                             |
| Unidade Internação:                                         | Enfermaria:                                   | Leito:                      |

### TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA PERNA DIREITA

#### INDICAÇÃO

Pseudoartrose

#### TÉCNICA

Foram obtidas imagens axiais com posterior reconstrução multiplanar e em 3D, sem a injeção de meio de contraste.

#### ANÁLISE

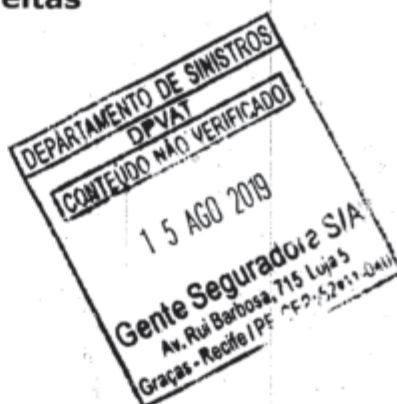
Fratura consolidada no terço proximal da tíbia.

Fratura completa no terço médio da tíbia apenas parcialmente consolidada com calo ósseo incompleto e incipiente.

Evidenciam-se dois parafusos metálicos paralelos na metáfise distal da tíbia normoimplantados e sem sinal de infecção.

Há ainda fraturas não consolidadas nos terços proximal e médio da fíbula.

**Dra. Jandilene Freitas**  
CRM 22158



## Resumo de Alta Hospitalar

PACIENTE: MOISES SERAFIM DE SOUZA

REG: 99260

IDADE: 50

DATA ADMISSÃO: 06/12/2017

DATA ALTA: 06/12/2017

### DIAGNÓSTICO:

FRATURA SEGMENTAR DE TIBIA DIREITA

### 1) Conduta/ Procedimentos Realizados:

TRATAMENTO CONSERVADOR COM ORIENTAÇÕES. OPTADO TRATAMENTO COM FIXADOR EXTERNO DEVIDO CONDIÇÕES DE PARTES MOLES. SEGUE DE ALTA COM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

ALTA AMBULATORIO DE ORTOPEDIA EM 2 SEMANAS

### Assinatura do Médico e Carimbo

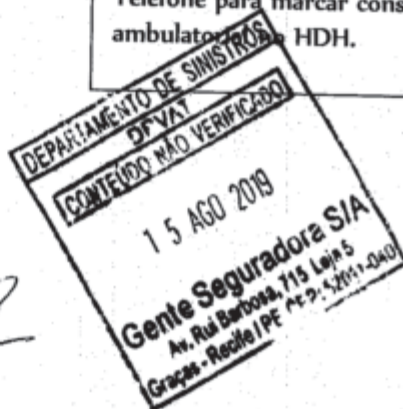
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco – SES /PE  
Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar  
Hospital Metropolitano Sul – Dom Helder Câmara  
Rodovia BR 101 Sul – KM 95, CEP 54.510-000  
Cabo de Santo Agostinho – PE

Francisco Ferreira  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEPE 23424



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de retorno  
ambulatorial HDH.



99260

27-22-2017

8:00

## Resumo de Alta Hospitalar / Orientação Final / Ficha de Esclarecimento

Nome: Moises Serafim de Souza Registro nº 99260  
Idade: 51 Sexo: M Data da Admissão: 07/06/19 Data da Alta: 08/06/19

Diagnósticos Definidos: Pseudotumor Tratado  
de  
Thyroid

Conduta / Procedimentos Realizados: Remoção do fixador  
externo articular de Thyroid.

Prescrição para o Domicílio: Gêno PTB  
longa total.

Informações Complementares:

Programação após Alta Ambulatório de Egresso: SIM ☒ Data da Consulta: 30 dias NÃO ☐

  
Assinatura do Médico e Carimbo

Aviso de Cirurgia : 33613 Sala : 0001 SALA 01  
Paciente : 99260 MOISES SERAFIM DE SOUZA Atendimento : 402499  
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :  
Leito : 31 405 - 01 - LT CMEDICA Idade : 50 Anos  
Dt. Início : 07/11/2017 15:30 Dt. Fim : 07/11/2017 16:09  
id Pré-Operatório :  
id Pós-Operatório :

Procedimento: 0408050551 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL (PRINCIPAL)  
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO  
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

CIRURGIAO 14861 REINALDO MENDES DE CARVALHO  
ANESTESISTA 15883 DEBORA SPENCER DE CASTRO LEITAO

**Descrição Cirúrgica :**

FRATURA DE PLANALTO TIBIAL DIREITO  
CD FIXAÇÃO COM PARAFUSOS CANULADOS

**DESCRIÇÃO CIRÚRGICA**

1. ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA
2. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. REDUÇÃO INCUENTA DA FRATURA COM AUXÍLIO DE INTENSIFICADOR DE IMAGENS
4. PASSAGEM DE 3 FIOS GUIAS SEGUIDO DE FRESAGEM CORTICAL
5. FIXAÇÃO COM 3 PARAFUSOS CANULADOS ( DOIS 75MM + UM DE 50MM + 3 ARRUELAS)
6. AVALIAÇÃO COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS
7. LIMPEZA COM SF 0,9% + SUTURA DA PELE
8. CURATIVO

**Achados Cirúrgicos:**

**Descrição Complementar**



DR(A) : REINALDO MENDES DE CARVALHO  
CRM : 14861

Aviso de Cirurgia : 33544      Sala : 0003      SALA 03  
Paciente : 99260      MOISES SERAFIM DE SOUZA      Atendimento : 402499  
Convênio Atend. : 1      SUS - INTERNACAO      Carteira :  
Leito : 649      BL-5 D      Idade : 50 Anos  
Dt. Início : 02/11/2017 09:53      Dt. Fim : 02/11/2017 10:53

Cid Pré-Operatório :

Cid Pós-Operatório :

Procedimento: 0408050500      TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)  
Convênio: 001      SUS - INTERNACAO  
Anestesia: 05      RAQUI ANESTESIA

Cirurgião: 16548 MARCELO HENRIQUE DE MELO LUNA MACHADO  
Anestesta: 17271 MARIA EMILIA COELHO COSTA CARVALHO

**Descrição Cirúrgica :**

FRATURA EXPOSTA GRAVE PERNA DIREITA GUSTILO IIIB  
CIRURGIA PROPOSTA: LC + FIXADOR EXTERNO  
CIRURGIÃO: MARCELO MACHADO  
ANESTESISTA: EMILIA

- 1 PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
- 2 ASSEPSIA + ANTISEPSIA MID + APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS
- 3 LIMPEZA COPIOSA DO FERIMENTO EM 1/3 DISTAL DA TIBIA, FRAGMENTO OSSEO DE +- 7 CM DESVIADO E DESPERIOSTIZADO
- 4 REALIZADA REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO
- 5 SUTURA DE FERIMENTOS
- 6 CURATIVO

\* FRATURA EXPOSTA GRAVE DE ALTA ENERGIA, SEGMENTAR E COMINUIDA. FRAGMENTO GRANDE DE +- 7 CM DESVIADO, ESXPOSTO E DESPERIOSTIZADO  
\* CHANCE DE INFECÇÃO E NECROSE

**Observações Cirúrgicas:**

**Descrição Complementar**

Dr. Marcelo Machado  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 16548

DR(A) : MARCELO HENRIQUE DE MELO LUNA MACHADO  
CRM : 16548



## IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

## 1. Identificação

Nome: MOISES SERAFIM DE SOUZA Data: 07/11/17 Registro: 99260  
Convênio: SUS Leito: \_\_\_\_\_ Hora: 14:10

2. Equipe médica:

Cirurgião: DR. REINALDO MENDES 1º auxiliar: DR. CLOVIS  
Anestesiista: DR. DEBORA SPENDER Instrumentador: CARLOS  
Circulante: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ *Wiane Mauricio da Silva*  
Téc. de Enfermagem  
079179

| INSTRUMENTAL         | VALIDADE                                 | INDICADOR |
|----------------------|------------------------------------------|-----------|
| LAT                  | 24.10.17 02                              | AVS       |
| CAPOTE               | 29.01.18 10440                           |           |
| B. MMII              | 04.11.17 02 02.11.17 02                  |           |
| PUNHO DE FOCO        | 11.11.17 1085 02.02.18 107               |           |
| CAVETA BISTURI       | 05.11.17 01 05.11.17                     |           |
| KIT ANESTESIA        | 12.11.17 136 05.02.18 1087 05.02.18 1091 |           |
| CHAVE DE BOCA        | 06.11.17 01                              |           |
| ATAQUEA CERE 10 CM   | 06.02.18 1093                            |           |
| " " 15 CM            | 02.11.17 02                              |           |
| ex. CAVALADO 7.0     | 02.02.18 107                             |           |
| (CROMUS)             | HDH CME black AVS                        |           |
| SACO                 | 05                                       |           |
| MOTOR BROCA eI CHAVU |                                          |           |
| FIO DE K. U: 2.5     |                                          |           |
| RICARDIUNO           |                                          |           |

DEPARTAMENTO DE INSTRUMENTOS  
CONTENDO NÚMERO DE REGISTRO  
15 AGO 2019  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 745 Lota 5  
Graciosa Recife/PE CEP: 52011-040

1. IDENTIFICAÇÃO

HISTÓRICO

Nome: Moses Souza Registro: 99260 Clínica: \_\_\_\_\_  
Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: 405.1 Diagnóstico: \_\_\_\_\_

2. QUEIXAS PRINCIPAIS

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

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

EXAME FÍSICO

4. ESTADO GERAL

ESTADO GERAL: ☒ Bom ( ) Regular ( ) Grave

5. INTEGRIDADE DA PELE

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

6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

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

7. ESTADO EMOCIONAL

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

8. SINAIS VITAIS

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

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

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

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

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

11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

MOBILIDADE: ☒ Ativa ( ) Passiva MOVIMENTO CONSERVADO: ☒ Sim ( ) Não FORÇA MOTORA: ☒ Sim ( ) Não ( ) PARESIA Local: \_\_\_\_\_  
( ) AMPUTACÃO Local \_\_\_\_\_ ( ) GESSO Local: \_\_\_\_\_ ( ) TALA GESSADA Local: \_\_\_\_\_  
Outros: \_\_\_\_\_



HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO  
IMIP  
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: 02

Nome: Moisés Sinalum Souza data: 07/11/11 Hora: 16:15 Registro: 99260  
Leito de origem: 405-01

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Fratura Fechada do Placô Tibial Direito  
Tipo de anestesia: Rápidi + Sedação  
Equipe: Dr. Reinaldo Anestesista: Dr. Debara

3. Admissão

Estado geral: ( ) Bom ☒ Regular ( ) Torporoso ( ) Grave<sup>o</sup>  
Respiração: ☒ Espontânea ( ) Assistida não-invasiva ( ) Entubado ( ) Traqueostomizado  
Sonda: ( ) SVD ( ) SNG ( ) SNE  
Acesso Venoso Periférico: ( ) Não ☒ Sim Onde: OMSE  
Acesso Venoso Central: ☒ Não ( ) Sim Onde: \_\_\_\_\_  
Drenos: ☒ Não ( ) sim Onde: \_\_\_\_\_  
Sinais vitais: PA: 91 x 60 mmHg FR: — p/min FC: 85 p/min SaPO2: 98%  
Glasgow: \_\_\_\_\_

4. Monitorização

| SSVV/<br>Horário | 15'             | 30'             | 60'             | 1:30 h         | 2:00 h          | 3:00 h |
|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|-----------------|--------|
| PA               | <u>16:30</u>    | <u>16:45</u>    | <u>17:15</u>    | <u>17:45</u>   | <u>18:15</u>    |        |
| PA               | <u>107 x 62</u> | <u>107 x 67</u> | <u>114 x 62</u> | <u>97 x 64</u> | <u>112 x 71</u> |        |
| FR               | <u>—</u>        | <u>—</u>        | <u>—</u>        | <u>—</u>       | <u>—</u>        |        |
| FC               | <u>87</u>       | <u>86</u>       | <u>75</u>       | <u>78</u>      | <u>86</u>       |        |
| SaPO2            | <u>96%</u>      | <u>96%</u>      | <u>95%</u>      | <u>97</u>      | <u>95%</u>      |        |
| Glasgow          |                 |                 |                 |                |                 |        |

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: 106 x 68 FC: 86 FR: — SaPO2: 94%

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

Data: 07/11 Horário: 18:15 Responsável pelo encaminhamento: \_\_\_\_\_

Alta da SRPA pelo médico: Amad



CÓD. 3839A

1. Identificação

Nome: Márcos Serafim de Sousa Data: 02/11/17 Registro: 99260  
Convênio: SUS Leito: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. Marcelo 1º auxiliar: \_\_\_\_\_  
Anestesista: Dr. Emilio Instrumentador: Rodolfo  
Circulante: Vanessa

| INSTRUMENTAL              | VALIDADE                                                      | INDICADOR                                                                                                                                                         |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>Bisturi maior</u>      | HDH CME black MSS<br>01.11.17 0                               | BROWNE STEAM Integrating Indicator REF 3100<br>5<br>Type 5 / ISO 11140-1<br>1016EXP 2021-10-01<br>Reject (NO)<br>Dark bar must enter accept window<br>Accept (OK) |
| <u>extubo qual (crom)</u> | 08.11.17 106                                                  |                                                                                                                                                                   |
| <u>Loop</u>               | HDH CME black MSS<br>01.11.17 02                              | 01.11.17                                                                                                                                                          |
| <u>garro</u>              | 8.11.17 1062                                                  | 01.02.18 10                                                                                                                                                       |
| <u>Capto</u>              | HDH CME black MSS<br>31.10.17 02                              | 17.10.17 02                                                                                                                                                       |
| <u>Ponta esquadro</u>     | 31.01.18 1056                                                 | 17.01.17                                                                                                                                                          |
| <u>Caneta de fixação</u>  | HDH CME black CLF<br>01.11.17 02                              | 30/01/17                                                                                                                                                          |
| <u>Punho de furo</u>      | 01.02.18 1064                                                 |                                                                                                                                                                   |
|                           | MOTOR BROCA 008<br>FUNDACAO PROFESSOR MARTINIANO FERNA<br>CME |                                                                                                                                                                   |
|                           | 002780487                                                     | LOTE: 200881<br>PLASMA<br>EST: 31/10/2017<br>VAL: 31/10/2018                                                                                                      |
|                           | CAMILA F. GUEIRÃO COREN/PE 148615<br>WWW.EMBRAESTER.COM.BR    |                                                                                                                                                                   |



HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO  
**IMIP**  
HOSPITALAR

Leito da SRPA: 01

1. Identificação

Nome: Moisés Serafim de Sousa data 02/11/17 Hora: 10:55 Registro: 99260  
Leito de origem: 405-1

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Fratura de ossos de punho direito  
Tipo de anestesia: Progue Anestesista: Dr. Emílio  
Equipe: \_\_\_\_\_

3. Admissão

Estado geral: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Torporoso ( ) Grave°  
Respiração: ( ) Espontânea ( ) Assistida não invasiva ( ) Entubado ( ) Traqueostomizado  
Sonda: ( ) SVD ( ) SNG ( ) SNE  
Acesso Venoso Periférico: ( ) Não ( ) Sim Onde: MSF  
Acesso Venoso Central: ( ) Não ( ) Sim Onde: \_\_\_\_\_  
Drenos: ( ) não ( ) sim Onde: \_\_\_\_\_  
Sinais vitais: PA: 115 x 64 mmHg FR: 11 p/min FC: 81 p/min SaPO2: 96  
Glasgow: \_\_\_\_\_

4. Monitorização

| SSVV/<br>Horário | 15'           | 30'           | 60'           | 1:30 h        | 2:00 h        | 3:00 h        |
|------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| PA               | <u>115/62</u> | <u>115/65</u> | <u>115/65</u> | <u>115/65</u> | <u>115/65</u> | <u>115/65</u> |
| FR               | <u>11</u>     | <u>11</u>     | <u>11</u>     | <u>11</u>     | <u>11</u>     | <u>11</u>     |
| FC               | <u>81</u>     | <u>80</u>     | <u>80</u>     | <u>68</u>     | <u>77</u>     | <u>87</u>     |
| SaPO2            | <u>95%</u>    | <u>95%</u>    | <u>96%</u>    | <u>91%</u>    | <u>95%</u>    | <u>97%</u>    |
| Glasgow          | <u>—</u>      | <u>—</u>      | <u>—</u>      | <u>—</u>      | <u>—</u>      | <u>—</u>      |

5. Intercorrências/observações:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ SaPO2: \_\_\_\_\_ Glasgow: \_\_\_\_\_

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

Data: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_ Responsável pelo encaminhamento: \_\_\_\_\_

*Dra. Maria Lúcia*  
Médica Anestesiologista  
CRM 34457  
223134

# MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

DATA: 07/11/17  
RG: 99260

ACIENTE: MOISES SERAFIM DE SOUZA  
CIRURGIÃO: DR. REGINALDO MEUNDES  
ANESTESISTA: DR. DEBORA SPENCER  
CIRURGIAS: TT: CIE. FRATURA DO PLATO TIBIAL (1)  
INSTRUMENTADOR: CARLOS  
CIRCULANTE: LILIANE  
INFERMEIRA: RAFAELA  
AUXILIAR: DR. CLOVIS  
ANESTESIA: RAQUI  
COORDENAÇÃO DO BLOCO: MANUELA  
COREN: 878-179  
HORÁRIO INICIAL: 15:15  
HORÁRIO FINAL: 16:00

## DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 01

| AQUECERES      |                |                |               |
|----------------|----------------|----------------|---------------|
| 13X4,5         | 25X7           | 25X8           | 40X12         |
| CARDIOPLEGICA  | STIMUPLEX      | RAQUI 25       | RAQUI 27      |
| AQUECERES      |                |                |               |
| CREPE 10CM     | CREPE 15CM     | CREPE 20CM     | CREPE 30CM    |
| GESSADA 10CM   | GESSADA 15CM   | GESSADA 20CM   |               |
| CANULAS        |                |                |               |
| AQUEOST 7,0    | TRAQUEOST 7,5  | TRAQUEOST 8,0  | TRAQUEOST 8,5 |
| AQUEOST 9,0    |                |                |               |
| CANULAS        |                |                |               |
| NASAL          | CENTRAL PVC    | EPIDURAL 16    | SUBCLAVIA 16  |
| PERIDURAL 17   | JELCO 14       | JELCO 16       | JELCO 18      |
| JELCO 20       | JELCO 22       | JELCO 24       |               |
| CLIP           |                |                |               |
| CLIP 100       | CLIP 200       | CLIP 300       | CLIP 400      |
| CANULAS        |                |                |               |
| ADAPTIC        | KERLIX         | PURILON        | TELA MARLEX   |
| BOMBAS         |                |                |               |
| BOMBA          | BOMBA FOTO     | P/SANGUE       | P/SORO MAGRO  |
| EXTENSORES     |                |                |               |
| 20CM           | 40CM           | 60CM           | 120CM         |
| BISTURI        |                |                |               |
| BISTURI 11     | BISTURI 12     | BISTURI 15     | BISTURI 20    |
| BISTURI 22     | BISTURI 24     | DERMATOMO 6    |               |
| LUVAS          |                |                |               |
| LUVA 7,0       | LUVA 7,5       | LUVA 8,0       | LUVA 8,5      |
| 1ML            | 3ML            | 5ML            | 10ML          |
| 20ML           | 60ML           | 60ML CATETER   |               |
| AVENTAL CIRUR. |                |                |               |
| AVENTAL CIRUR. | BS.COLOS T.MAT | COMPRESSAS     | CAPA P/VIDEO  |
| COLET.ABERTO   | COLET.FECHADO  | CONEXÃO 2VIAS  | CONEXÃO 4VIAS |
| ELETRODOS      | FILTRO.UMIDIFI | GAZES          | GELFOAN       |
| KIT CIRURGICO  | LATEX          | TORNEIRA 3VIAS | PRESERV.URINA |
| SCALP 21       | SCALP 23       | TRANS. PRESSÃO |               |

## DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 01

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

DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
DR. VIVIANE  
CONTENDO NÃO VENCER 2017  
15 AÇO 2019  
Seguradora SIA  
Bairro, 715 Loja 5  
1PE CEP: 32011-040

Dr. Maurício da Silva  
Céc. de Enfermagem  
COREN 878179

MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

DATA:

RG:

20/11/17  
99260

PACIENTE: Marcos Soração de Souza  
CIRURGIÃO: Dr. Marcelo  
ANESTESISTA: Dr. Emilio  
CIRURGIÃO: Matheus da Rocha  
ESTRUMENTADOR: Rafael  
CIRCULANTE: Marlene  
ENFERMEIRA: Rafaela  
AUXILIAR: Rafael  
ANESTESIA: Rafael  
COORDENAÇÃO DO BLOCO:  
COREN:  
HORÁRIO INICIAL: 09:20  
HORÁRIO FINAL: 10:45

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

AGULHAS

|               |           |          |          |
|---------------|-----------|----------|----------|
| 13X4,5        | 25X7      | 25X8     | 40X12    |
| CARDIOPLEGICA | STIMUPLEX | RAQUI 25 | RAQUI 27 |

ATADURAS

|              |              |              |            |
|--------------|--------------|--------------|------------|
| TEPE 10CM    | CREPE 15CM   | CREPE 20CM   | CREPE 30CM |
| GESSADA 10CM | GESSADA 15CM | GESSADA 20CM |            |

CANULAS

|               |               |               |               |
|---------------|---------------|---------------|---------------|
| TRAQUEOST 7,0 | TRAQUEOST 7,5 | TRAQUEOST 8,0 | TRAQUEOST 8,5 |
| TRAQUEOST 9,0 |               |               |               |

CATETER

|              |             |             |              |
|--------------|-------------|-------------|--------------|
| NASAL        | CENTRAL PVC | EPIDURAL 16 | SUBCLAVIA 16 |
| PERIDURAL 17 | JELCO 18    | JELCO 16    | JELCO 18     |
| JELCO 20     | JELCO 22    | JELCO 24    |              |

LIMPADORES

|          |          |          |          |
|----------|----------|----------|----------|
| CLIP 100 | CLIP 200 | CLIP 300 | CLIP 400 |
|----------|----------|----------|----------|

CURATIVOS

|         |        |         |             |
|---------|--------|---------|-------------|
| ADAPTIC | KERLIX | PURILON | TELA MARLEX |
|---------|--------|---------|-------------|

EQUIPOS

|       |            |          |              |
|-------|------------|----------|--------------|
| BOMBA | BOMBA FOTO | P/SANGUE | P/SORO MACRO |
|-------|------------|----------|--------------|

EXTENSORES

|      |      |      |       |
|------|------|------|-------|
| 20CM | 40CM | 60CM | 120CM |
|------|------|------|-------|

LAMINAS

|            |            |             |            |
|------------|------------|-------------|------------|
| BISTURI 11 | BISTURI 12 | BISTURI 15  | BISTURI 20 |
| BISTURI 22 | BISTURI 24 | DERMATOMO 6 |            |

LUVAS

|          |          |          |          |
|----------|----------|----------|----------|
| LUVA 7,0 | LUVA 7,5 | LUVA 8,0 | LUVA 8,5 |
|----------|----------|----------|----------|

SERINGAS

|      |      |              |      |
|------|------|--------------|------|
| 1ML  | 3ML  | 5ML          | 10ML |
| 20ML | 60ML | 60ML CATETER |      |

|                |                |                |                |
|----------------|----------------|----------------|----------------|
| AVENTAL CIRUR. | B5. COLOSTOMIA | COMPRESSAS     | CAPA P/ VIDEO  |
| COLET. ABERTO  | COLET. FECHADO | CONEXAO 2VIAS  | CONEXAO 4VIAS  |
| ELETRODOS      | FILTRO UMIDIF. | GAZES          | GELFOAN        |
| KIT CIRURGICO  | LATEX          | TORNEIRA 3VIAS | PRESERV. URINA |
| SCALP 21       | SCALP 23       | TRANSOFIX      | TRANS. PRESSAO |

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

DRENOS

|             |             |            |            |
|-------------|-------------|------------|------------|
| KHER 8      | KHER 10     | KHER 12    | KHER 14    |
| KHER 18     | SUCCAO 3,2  | SUCCAO 4,8 | SUCCAO 6,4 |
| BLAKER 19FR | BLAKER 24FR | TORAX 20   | TORAX 26   |
| TORAX 28    | TORAX 30    | TORAX 32   | TORAX 36   |

SONDAS

|                |                |                |                |
|----------------|----------------|----------------|----------------|
| ENTERAL 10     | ENTERAL 12     |                |                |
| ASPIRACAO 10   | ENDOTRAQ. 2,0  | ENDOTRAQ. 2,5  | ENDOTRAQ. 3,0  |
| ENDOTRAQ. 3,5  | ENDOTRAQ. 4,0  | ENDOTRAQ. 4,5  | ENDOTRAQ. 5,0  |
| ENDOTRAQ. 5,5  | ENDOTRAQ. 6,0  | ENDOTRAQ. 6,5  | ENDOTRAQ. 7,0  |
| ENDOTRAQ. 7,5  | ENDOTRAQ. 8,0  | ENDOTRAQ. 8,5  | ENDOTRAQ. 9,0  |
| FOLEY 3VIAS 14 | FOLEY 3VIAS 16 | FOLEY 3VIAS 18 | FOLEY 3VIAS 20 |
| FOLEY 2VIAS 06 | FOLEY 2VIAS 08 | FOLEY 2VIAS 10 | FOLEY 2VIAS 12 |
| FOLEY 2VIAS 14 | FOLEY 2VIAS 16 | FOLEY 2VIAS 18 | FOLEY 2VIAS 20 |
| NASO 10        | NASO 12        | NASO 14        | NASO 16        |
| NASO 18        | NASO 20        | NASO 22        | URETRAL 4      |
| URETRAL 6      | URETRAL 8      | URETRAL 10     | URETRAL 12     |
| URETRAL 14     | URETRAL 16     | URETRAL 18     | URETRAL 20     |

FIOS CIRÚRGICOS

|               |             |               |               |
|---------------|-------------|---------------|---------------|
| ALGODAO 0     | ALGODAO 2-0 | ALGODAO 3-0   | FITA CARDIACA |
| CROMADO 0     | CROMADO 1   | CROMADO 2-0   | CROMADO 3-0   |
| CROMADO 4-0   | SIMPLES 2-0 | SIMPLES 3-0   | SIMPLES 4-0   |
| SIMPLES 5-0   | NYLON 2-0   | NYLON 3-0     | NYLON 4-0     |
| NYLON 5-0     | NYLON 6-0   | NYLON 8-0     | NYLON 9-0     |
| NYLON 10-0    | POLIESTER 2 | POLIESTER 2-0 | POLIESTER 3-0 |
| POLIESTER 4-0 | POLIESTER 5 | PROLENE 0     | PROLENE 2     |
| PROLENE 2-0   | PROLENE 3-0 | PROLENE 4-0   | PROLENE 5-0   |
| VICRYL 0      | VICRYL 1    | VICRYL 2-0    | VICRYL 3-0    |
| VICRYL 4-0    | CERA P/OSSO | MARCAPASSO    | VALVEKIT      |
| SEDA 2-0      | SEDA 3-0    | MONOCRYL 3-0  | MONOCRYL 4-0  |
| SURGIGEL 5X75 | ACO 1       | ACO 4         | ACO 6         |

0 2 1 1 1 7

Paciente

O I S E S S E R A F I M D E S O U Z A

Sexo  
M

Cor  
PD

Idade  
50

Risco  
ASA II

CRM

Nome do Anestesista

7 2 7 4 M A R I I A E M I L I A

Nome do Cirurgião

M A R C E L O M A C H A D O

Medicação Pré-anestésica

Não em 99260.

Urgência

☐ NÃO

☒ SIM

Cirurgia

Tto cirúrgico fratura exposta osso perna ①

Horário

9 13 5 10 35 11 35

N<sub>2</sub>O

Líquidos

ETCO<sub>2</sub>

ECG

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

0

Anotações

Drogas Usadas

Quantidade

|                      |        |
|----------------------|--------|
| ① Fentanyl           | 100mcg |
| ② Bupivacaína pesada | 1cmg   |
| ③ morfina            | 80mcg  |
| ④ cefazolina         | 02g    |
| ⑤ dexametasona       | 10mg   |
| ⑥ Dipirona           | 02g    |
| ⑦ Petidina           | 30mg   |

Técnica Anestésica Raquianestesia:

DDH → monitorização → venó-clix prévia patente MSE J18g → sentado → aspiria de dorso → punção raquidiana mediana L4-L5 c/ agulha quincke 25G → saída ICE → injurção de ② + ③ → DDH → manutenção ~~~~~

Monitorização

☐ BIS

☒ Cardioscópio

☐ Temperatura

☒ Oxímetro

☐ Swan-Ganz

☒ PNI

☐ Analisador Gases

☐ Sonda Vesical

☐ PVC

☐ Capnógrafo

☐ Estimulador de Nervo

☐ Estet. Pré-Cordial

☐ Linha Arterial

☐ Outros

☐ Volemia IBP Plus

Encaminhado

☒ Acordado

☐ Sonolento

☐ Intubado

Destino

☒ SRPA

☐ Apart/Enf.

☐ UTI

☐ Externo

Interconência:

☒ NÃO

☐ SIM

Descrever:

rua alergias ou comorbidade

Observações:

Assinatura do Anestesiologista

Dr. Maria Emilia C. 223



HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO  
IMIP  
HOSPITALAR

# FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

07.11.17

Paciente Meneses Sra. de Souza

Sexo  
M

Cor  
P

Idade  
50

Risco  
I

CRM

Nome do Anestesiista

Nome do Cirurgião

Medicação Pré-anestésica

Urgência

☐ NÃO

☒ SIM

Cirurgia

Tratamento cirúrgico de fratura

REG: 99260

do osso da puna direita (PLATO TIBIAL)

P: 80 kg

Horário

15:15 16h

N<sub>2</sub>O

Líquidos

ETCO<sub>2</sub>

ECG

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

Anotações

Drogas Usadas

Quantidade

Fentanyl 100 mcg  
Dormonid 5 mg  
Bupr 0,5% 150 17,5 mg  
Zimor 80 mg Espirina  
Sufratam 3 mg (mg)  
Cefazolina 2g  
Dexametasona 10 mg  
Dipirona 2g  
Ondansetrona 8 mg  
Propofol 100 mg

Técnica Anestésica

Região anestesiada, ci-  
percais untados  
anestesia, antitímico  
Pl de L4-L5, parane-  
diano esp, claqu-  
elo Quincke,  
1.5 AGO 2019

DEPARTAMENTO DE ANESTESIA  
DEBORA SPENCER  
1.5 AGO 2019

Monitorização

☒ Cardioscópio

☒ Oxímetro

☒ PNI

☐ Sonda Vesical

☐ Capnógrafo

☐ Estet. Pré-Cordial

☐ Outros

☐ BIS

☐ Temperatura

☐ Swan-Ganz

☐ Analisador Gases

☐ PVC

☐ Estimulador de Nervo

☐ Linha Arterial

☐ Volemia IBP Plus

Encaminhado

☒ Acordado

☐ Sonolento

☐ Intubado

Destino

☒ SRPA

☐ Apart/Enf.

☐ UTI

☐ Externo

Intercorrência:

☒ NÃO

☐ SIM

Descrever:

NEGA

NEGA comorbidades

Observações:

JEJUM há > 8h

Ausos Venos Periféricos - Jeito 20

Quedas exames

Dra. Debora Spencer  
Anestesiologista

Medicina do Anestesiologista



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

## HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

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

### CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 99260

Nome: MOISES SERAFIM DE SOUZA

Mãe: ALZIRA MARIA DE SOUZA

End.: RUA NOVA DESCOBERTA

Enferm.: BL-5 D

Atendimento: 402499

Leito: 649

Dt. Cad: 2/11/2017

Dt. Nasc: 3/8/1967

Bairro: CENTRO

Cidade: IPOJUCA

CNS:

### ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- ☒ Confirmação sobre o paciente
- Identificação do paciente
  - Local da cirurgia a ser feita
  - Procedimento a ser realizado
  - Consentimento informado realizado

- ☒ Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
- ☒ Checagem do equipamento anestésico
- ☒ Oxímetro de pulso instalado e funcionando

O paciente tem alguma alergia?

☐ Não

☐ Sim \_\_\_\_\_

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

☒ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

Há risco de perda sanguínea > 500ml (7mL/kg em crianças)?

☒ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

### ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- ☐ Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
- ☐ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam
- Identificação do paciente
  - Local da cirurgia a ser feita
  - Procedimento a ser realizado

Antecipação de eventos críticos:

- ☐ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? *NÃO*

Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? *± 1h. NÃO*

- ☐ Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente? *NÃO*

- ☐ Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? *Sim*

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

☒ Sim *cefazolina 2g*

☐ Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

☒ Sim *Rx*

☐ Não se aplica

### ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- ☐ Nome do procedimento realizado

- ☐ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica) *Sim*

- ☐ Biópsias estão identificadas com o nome do paciente *N/A*

- ☐ Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido *NÃO*

- ☐ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente *Sim*

*Rafaela Henrique*  
Enfermeira  
COREN-PE 346.127



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

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

## HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

### CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 99260

Nome: MOISES SERAFIM DE SOUZA

Mãe: ALZIRA MARIA DE SOUZA

End.: RUA NOVA DESCOBERTA

Enferm.: 405 - 01 - LT CMEDICA

Atendimento: 402499

Leito: 31

Dt. Cad: 2/11/2017

Dt. Nasc: 3/8/1967

Bairro: CENTRO

Cidade: IPOJUCA

CNS: 704302518896796

### ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- ☒ Confirmação sobre o paciente
- Identificação do paciente
  - Local da cirurgia a ser feita
  - Procedimento a ser realizado
  - Consentimento informado realizado

- ☒ Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
- ☒ Checagem do equipamento anestésico
- ☒ Oxímetro de pulso instalado e funcionando

O paciente tem alguma alergia?

☐ Não

☐ Sim

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

☒ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

Há risco de perda sanguínea > 500ml (7mL/kg em crianças)?

☒ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

### ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- ☐ Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
- ☐ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam
- Identificação do paciente
  - Local da cirurgia a ser feita
  - Procedimento a ser realizado

Antecipação de eventos críticos:

- ☐ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? **NÃO**
- Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? **± 1h30min**

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

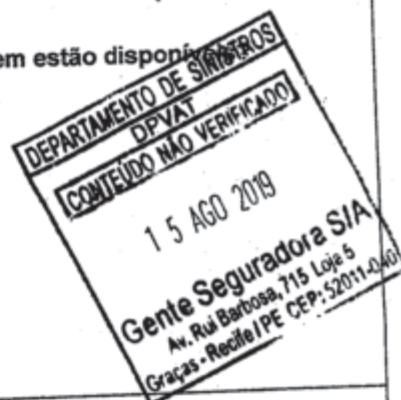
- ☐ Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? **Sim**

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- ☒ Sim **Cefazolina 2g**
- ☐ Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

- ☒ Sim **Rx**
- ☐ Não se aplica



### ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- ☐ Nome do procedimento realizado **HO. cirur. Frat. Platô tibial**
- ☐ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica) **Sim**
- ☐ Biópsias estão identificadas com o nome do paciente **N/A**
- ☐ Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido **NÃO**
- ☐ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente **Sim**

*Handwritten signature*  
Enfermeira  
CONVITE 245.127

HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

## CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

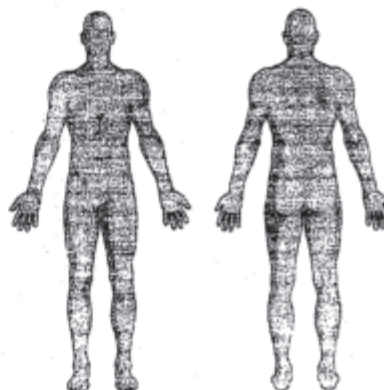
GESTÃO  
IMIP  
HOSPITALAR

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Márcio Serapim de Souza  
 Data de Nascimento: 30/08/1967 Registro: 99260  
 Setor: TÃO Leito: 205-1

## SINAIS VITAIS

PA: 100+60 T: 36.5°C HGT: 82  
 Observação: \_\_\_\_\_



## ENTREVISTA

HIPERTENSO: SIM ( ) NÃO (☒) MEDICAÇÃO EM USO: \_\_\_\_\_  
 DIABÉTICO: SIM ( ) NÃO (☒) MEDICAÇÃO EM USO: \_\_\_\_\_  
 HÁBITOS: TABAGISTA: SIM ( ) NÃO (☒) Há quantos anos: \_\_\_\_\_ Qtd/dia: \_\_\_\_\_  
 ETILISTA: SIM ( ) NÃO (☒) Há quantos anos: \_\_\_\_\_ Qtd/dia: \_\_\_\_\_

## EXAMES SOLICITADOS

IMAGEM: RX (☒) TAC c/ Contraste ( ) USG ( ) ECO ( ) LABORATÓRIAL: SIM ( ) NÃO ( )  
 TAC s/ Contraste ( ) RNM ( ) CATE ( ) Observação: \_\_\_\_\_  
 PARECER CARDIOLÓGICO: Adequado SIM ( ) NÃO ( ) Risco Cirúrgico: \_\_\_\_\_  
 RESERVA DE HEMODERIVADOS: SIM ( ) NÃO (☒) GRUPO SANGÜÍNEO: \_\_\_\_\_  
 RESERVA DE LEITO DE UTI: SIM ( ) NÃO ( ) Qual?: UTI: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

## ALERGIA

SIM ( ) QUAL: \_\_\_\_\_  
 NÃO (☒) OBSERVAÇÃO: \_\_\_\_\_

## ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO

SIM (☒) QUAL: Cloran + Clinda  
 NÃO ( ) OBSERVAÇÃO: \_\_\_\_\_

SIM (☒) QUAL: Clisane  
 NÃO ( ) HORÁRIO DA ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO: 18h do dia 06/11

## USO DE SONDAS

SNE ( ) SNG ( )  
 SVD ( )  
 Outra: \_\_\_\_\_

## DRENO

SIM ( ) NÃO ( )  
 Qual: \_\_\_\_\_  
 Local: \_\_\_\_\_

## CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE

JEJUM: SIM (☒) NÃO ( ) À partir do dia: 06/11/12 às: 20:00 Observação: \_\_\_\_\_  
 HIGIENIZAÇÃO: SIM (☒) NÃO ( ) Observação: \_\_\_\_\_  
 TRICOTOMIA: SIM ( ) NÃO (☒) Observação: \_\_\_\_\_  
 RETIRADO ADORNOS: SIM (☒) NÃO ( ) RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA: SIM ( ) NÃO ( )  
 CIRURGIAS ANTERIORES: SIM ( ) Quais/Datas: \_\_\_\_\_  
 NÃO (☒)  
 ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE: SIM ( ) Quais/Datas: \_\_\_\_\_  
 NÃO (☒)  
 PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO: SIM (☒) Observação: \_\_\_\_\_ LATERALIDADE DEMARCADA: SIM ( ) Observação: \_\_\_\_\_  
 NÃO ( )

Enfermeiro Responsável: Jeniferia Sousa

(Assinar e Carimbar)

CÓD. 38404

TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL – NRS 2002

Data: 03/11/17

Paciente: Moisés Serapim de Souza Leito: 405.1  
Peso Atual: 68 Peso Habitual: — Altura: 1,73 Idade: 50

Reg: 99260

| Parte 1 – Triagem Inicial                                         |                                    | SIM | NÃO      |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----|----------|
| Paciente Apresenta IMC < 20,5?                                    | <u>IMC = 22,7 kg/m<sup>2</sup></u> |     | <u>X</u> |
| Houve Perda de Peso nos Últimos 3 meses?                          |                                    |     | <u>X</u> |
| Houve Redução na Ingesta de alimentos na última semana?           |                                    |     | <u>X</u> |
| Paciente apresenta doença grave, está em mau estado geral ou UTI? |                                    |     | <u>X</u> |

**SIM:** Se a resposta for "sim" para qualquer uma das questões, o Nutricionista deverá continuar a preencher a parte 2.

**NÃO:** Se a resposta for "não" para todas as questões, reavalie o paciente semanalmente.

Se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar Terapia Nutricional para evitar riscos associados. Continue e preencha a parte 2.

| Parte 2 – Triagem do Risco Nutricional |                                                                                                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Estado Nutricional                     |                                                                                                                                                                     | Gravidade da doença (Efeito do estresse metabólico no aumento das necessidades nutricionais) |                                                                                                                                                                  |
| Ausente<br>(Pontuação 0)               | Estado Nutricional Normal                                                                                                                                           | Ausente<br>(Pontuação 0)                                                                     | Necessidades Nutricionais Normais                                                                                                                                |
| Leve<br>(Pontuação 1)                  | Perda de peso >5% em 3 meses ou ; Ingestão alimentar abaixo de 50-75% da necessidade normal na semana anterior.                                                     | Leve<br>(Pontuação 1)                                                                        | Fratura de Quadril;<br>Pacientes crônicos com complicações agudas.<br>Cirrose, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); Diabetes, Câncer; Hemodiálise crônica. |
| Moderado<br>(Pontuação 2)              | Perda de peso >5% em 2 meses ou ; IMC 18,5-20,5 + condição geral comprometida ou ; Ingestão alimentar entre 25-60% da necessidade normal na semana anterior.        | Moderado<br>(Pontuação 2)                                                                    | Cirurgia abdominal de grande porte;<br>Acidente vascular cerebral (AVC);<br>Pneumonia grave;<br>Doenças malignas (leucemias, linfomas e tumores).                |
| Grave<br>(Pontuação 3)                 | Perda de peso >5% em 1 mês(>15% em 3 meses) ou IMC <18,5+ condição geral comprometida ou ; Ingestão alimentar entre 0-25% da necessidade normal na semana anterior. | Grave<br>(Pontuação 3)                                                                       | Trauma Craniano;<br>Transplante de medula óssea;<br>Pacientes em cuidados intensivos (APACHE >10).                                                               |

Pontuação (Estado nutricional) + Pontuação (gravidade da doença) = Escore total = 00

Para calcular o escore total: A. Encontre o escore (de 0 a 3) para o estado nutricional e para a gravidade da doença (escolher apenas a variável de maior gravidade); B. Some os dois escores para obter o escore total; C. Se o paciente apresentar idade > ou igual a 70 anos, adicione 1 ponto ao escore total para ajustar a fragilidade dos idosos.

Escore total > ou igual a 3: O paciente está em risco nutricional e a TN deve ser iniciada.

Escore total < 3: No momento, o paciente não apresenta risco nutricional e deve ser reavaliado semanalmente. Porém, se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar terapia nutricional para evitar riscos associados.

Pontuação =1 A necessidade protéica está aumentada, mas o déficit protéico pode ser recuperado pela alimentação oral ou pelo uso de suplementos, na maior parte dos casos.

Pontuação =2 A necessidade protéica está substancialmente aumentada e o déficit protéico pode ser recuperado na maior parte dos casos com o uso de suplementos orais / dieta enteral.

Pontuação =3 A necessidade protéica está substancialmente aumentada e não pode ser recuperada somente pelo uso de suplementos orais / dieta enteral.

**Aline Polesi**  
Nutricionista  
CRN 617956  
Nutricionista

Nutritional Risk Screening – NRS é baseada em estudos clínicos randomizados e recomendada pelo Guideline da ESPEN\* para o âmbito hospitalar

\*Kondrup J, Allison SP, Ellis M, Vellas B, Plauth M; Educational and Clinical Practice Committee, European Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clin Nutr 2003;22(4):415-21. \*European Society for Parenteral and Enteral Nutrition. Questionário traduzido e utilizado pela nutricionista Mariana Raslan.

[illegible]



### EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

Nome: MOISÉS SARAIVA Registro: 99260

Clínica: 720 Enfermaria: 405 Leito: 01

Diagnóstico: POZ Fmt. T. 31a D Data: 02.11.17 Hora: 20h

Fix

#### Plantão Noturno

1 - Queixas do paciente:

2 - Estado Geral/Nível de consciência: consciente, orientado, consciente e sono

2 - Estado Geral/Nível de consciência:

3 - Pele/mucosa: íntegra. Muc. rose - 05-11.

4 - Aparelho cardiovascular: normalizado FC:      PA:     

5 - Aparelho respiratório: silencioso FR:      Oxigenoterapia:     

6 - Aparelho gastrointestinal: EC(-)

7 - Aparelho Geniturinário: DL(+)

8 - Exames laboratoriais

9 - Exames de imagem:

10 - Lesões/Curativos:

11 - Prescrição de Enfermagem: SSVV

12 - Alta: Transferência ( ) Local      Melhorada ( ) Óbito ( ) Evasão ( )

Hora:     

Enfermeiro/ assinatura e carimbo:

Fabíola M. P. Alexandre  
Enfermeira  
COREN-PE 374.214

**EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO**

Nome: Maíra Siqueira Registro: 99260  
Clínica: HL Enfermária: 405 Leito: 1  
Diagnóstico: Julius D Data: 03/11 Hora: 14:20

**Plantão Diurno**

1 - Queixas do paciente:

2 - Estado Geral/Nível de consciência: consciente orientado

2 - Estado Geral/Nível de consciência:

- Pele/mucosa: normal

4 - Aparelho cardiovascular:

FC:

PA:

5 - Aparelho respiratório: normal

FR:

Oxigenoterapia:

6 - Aparelho gastrointestinal: normal

7 - Aparelho Geniturinário: normal

8 - Exames laboratoriais

9 - Exames de imagem:

10 - Lesões/Curativos:

11 - Prescrição de Enfermagem:

12 - Alta: Transferência ( ) Local \_\_\_\_\_ Melhorada ( ) Óbito ( ) Evasão ( )

Hora:

Enfermeiro/ assinatura e carimbo:

Maíra Siqueira

Assinatura e Carimbo  
Enfermeiro  
REN-PE 2003

[illegible]



### EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

Nome: MOISES SERAFIM Registro: 99260  
Clínica: 720 Enfermaria: 405 Leito: 01  
Diagnóstico: 22 Oligo Frak. T. B. D Data: 04.11.19 Hora: 08h

#### Plantão Diurno

1 - Queixas do paciente:

2 - Estado Geral/Nível de consciência: consciente, orientado. Consciente o sono

2 - Estado Geral/Nível de consciência:

3 - Pele/mucosa: integra - ml - msd - 06.11

4 - Aparelho cardiovascular: normotensão

FC:

PA:

5 - Aparelho respiratório: eufônico

FR:

Oxigenoterapia:

6 - Aparelho gastrointestinal: CLT

7 - Aparelho Geniturinário: CLT

8 - Exames laboratoriais

9 - Exames de imagem:

10 - Lesões/Curativos:

11 - Prescrição de Enfermagem: SSVV

12 - Alta: Transferência ( ) Local \_\_\_\_\_ Melhorada ( ) Óbito ( ) Evasão ( )

Hora:

Enfermeiro/ assinatura e carimbo:

Fabiana M. P. Alexandre  
Enfermeira  
COREN-PE 374.214



Nome: Wagner Registro: 79280  
Clínica: For Enfermaria: 405 Leito: 05  
Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Estado Geral: estável

Dieta: VO ( ☒ ) SNE ( ) GTT ( ) Dieta zero ( )

Padrão respiratório: espontâneo ( ☒ ) AVM ( ) VNI ( ) Cat. 02 ( ) Venturi ( )

Acesso Venoso: Periférico ( ☒ ) Central ( ) Local: \_\_\_\_\_ Data da troca: \_\_\_\_\_

Drenos: Sim ( ) Não ( ☒ )

Diurese: Espontânea ( ☒ ) SVD ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Evacuação: Presente ( ☒ ) Ausente ( )

Observações: \_\_\_\_\_

Alta: Transferência ( ) Local \_\_\_\_\_ Melhorada ( ) Óbito ( ) Evasão ( )

**Técnico em enfermagem:**

[illegible]

**EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO**

Nome: Maíra Serranin Registro: 99260  
Clínica: TAO Enfermaria: 205-1 Leito: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico: 3º ppo titra (D) Data: 05/11/12 Hora: \_\_\_\_\_

**Plantão Diurno**

1 - Queixas do paciente: sem queixas

2 - Estado Geral/Nível de consciência: consciente e orientado

2 - Estado Geral/Nível de consciência:

3 - Pele/mucosa: íntegra - XUP

4 - Aparelho cardiovascular:

FC:

PA:

5 - Aparelho respiratório: suprime

FR:

Oxigenoterapia:

6 - Aparelho gastrointestinal: dieta Et.

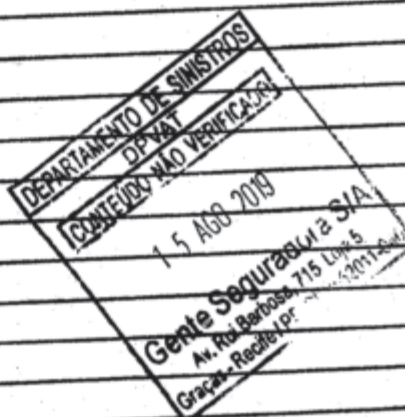
7 - Aparelho Geniturinário: 0+

8 - Exames laboratoriais

9 - Exames de imagem:

10 - Lesões/Curativos: \_\_\_\_\_

11 - Prescrição de Enfermagem: SSV ✓



12 - Alta: Transferência ( ) Local \_\_\_\_\_ Melhorada ( ) Óbito ( ) Evasão ( )

Hora:

Enfermeiro/ assinatura e carimbo:

  
COREN-PE 389.777

**Anotações do Técnico em Enfermagem**

Nome: João Serapim Registro: 99260  
Clínica: JRO Enfermaria: 405 Leito: 1  
Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Data: 05/11/17

**Plantão Diurno**

Estado Geral: Regular  
Dieta: VO ☒ SNE ( ) GTT ( ) Dieta zero ( )  
Padrão respiratório: espontâneo ☒ AVM ( ) VNI ( ) Cat. 02 ( ) Venturi ( )  
Acesso Venoso: Periférico ☒ Central ( ) Local: \_\_\_\_\_ Data da troca: \_\_\_\_\_  
Drenos: \_\_\_\_\_ Sim ( ) Não ☒  
Diurese: Espontânea ☒ SVD ( ) Outros: \_\_\_\_\_  
Evacuação: Presente ( ) Ausente ( )  
Observações: \_\_\_\_\_

Ata: Transferência ( ) Local \_\_\_\_\_ Melhorada ( ) Óbito ( ) Evasão ( )

Técnico em enfermagem Rosineide Lopes da Silva  
COREN 556.697

| Horário | SINAIS VITAIS |    |        |                |        | CONTROLE HÍDRICO |     |     |        |            |        |       |       |     |                   |
|---------|---------------|----|--------|----------------|--------|------------------|-----|-----|--------|------------|--------|-------|-------|-----|-------------------|
|         | HGT           | FC | PA     | Sat.O2<br>e FR | TEMP.  | GANHOS           |     |     |        |            | PERDAS |       |       |     |                   |
|         |               |    |        |                |        | DIETA            | NPT | HDT | MEDIC. | Transfusão | DRENO  | DIUR. | EVAC. | HDL | Sond.<br>gástrica |
| 08      |               |    |        |                |        |                  |     |     |        |            |        |       |       |     |                   |
| 09      |               |    |        |                |        |                  |     |     |        |            |        |       |       |     |                   |
| 10      |               |    |        |                |        |                  |     |     |        |            |        |       |       |     |                   |
| 11      |               |    |        |                |        |                  |     |     |        |            |        |       |       |     |                   |
| 12      |               | 76 | 160/60 | 18             | 36°C   |                  |     |     |        |            |        |       |       |     |                   |
| 13      |               |    |        |                |        |                  |     |     |        |            |        |       |       |     |                   |
| 14      |               |    |        |                |        |                  |     |     |        |            |        |       |       |     |                   |
| 15      |               |    |        |                |        |                  |     |     |        |            |        |       |       |     |                   |
| 16      |               |    |        |                |        |                  |     |     |        |            |        |       |       |     |                   |
| 17      |               |    |        |                |        |                  |     |     |        |            |        |       |       |     |                   |
| 18      |               | 72 | 160/60 | 19             | 35,6°C |                  |     |     |        |            |        |       |       |     |                   |
| 19      |               |    |        |                |        |                  |     |     |        |            |        |       |       |     |                   |
| 20      |               |    |        |                |        |                  |     |     |        |            |        |       |       |     |                   |





### EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

Nome: Moures Souza Registro: 99260  
Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: 405.1 Leito: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico: Just Fibroad Data: 6/11 Hora: 16h

#### Plantão Diurno

1 - Queixas do paciente: com dor

2 - Estado Geral/Nível de consciência: consciente, orientado

2 - Estado Geral/Nível de consciência: \_\_\_\_\_

3 - Pele/mucosa: hidratado

4 - Aparelho cardiovascular: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_

5 - Aparelho respiratório: duplex FR: \_\_\_\_\_ Oxigenoterapia: \_\_\_\_\_

6 - Aparelho gastrointestinal: presente

7 - Aparelho Geniturinário: presente

8 - Exames laboratoriais

9 - Exames de imagem:

10 - Lesões/Curativos: Removido curativo

11 - Prescrição de Enfermagem: - SSVV

12 - Alta: Transferência ( ) Local \_\_\_\_\_ Melhorada ( ) Óbito ( ) Evasão ( )

Hora: \_\_\_\_\_

Enfermeiro/ assinatura e carimbo:



Juliana  
Enfermeira  
COREN-PE 158.777



**HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA**



GESTÃO  
**IMIP**  
HOSPITALAR

## Anotações do Técnico em Enfermagem

Nome: Marcos S. S. S. Registro: \_\_\_\_\_  
Clínica: 180 Enfermaria: 405 Leito: 1  
Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

### Plantão Diurno

Estado Geral: Regular

Dieta: VO ☒ SNE ( ) GTT ( ) Dieta zero ( )

Padrão respiratório: espontâneo ☒ AVM ( ) VNI ( ) Cat. 02 ( ) Venturi ( )

Acesso Venoso: Periférico ☒ Central ( ) Local: \_\_\_\_\_ Data da troca: \_\_\_\_\_

Drenos: Sim ( ) Não ☒ ( )

Diurese: Espontânea ☒ SVD ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Evacuação: Presente ☒ Ausente ( )

Observações: \_\_\_\_\_

Ita: Transferência ( ) Local \_\_\_\_\_ Melhorada ( ) Óbito ( ) Evasão ( )

**Técnico em enfermagem:**

Joana D. da R. Duarte  
Téc. Enfermagem  
COREN 359.490

[illegible]



### EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

Nome: Marcos Souza Registro: 99260  
Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: U051 Leito: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico: Inf. Hém D Data: 21/11 Hora: 16h

#### Plantão Diurno

1 - Queixas do paciente:

2 - Estado Geral/Nível de consciência: consciente, orientado

2 - Estado Geral/Nível de consciência:

3 - Pele/mucosa:

4 - Aparelho cardiovascular:

FC:

PA:

5 - Aparelho respiratório:

FR:

Oxigenoterapia:

6 - Aparelho gastrointestinal:

7 - Aparelho Geniturinário:

8 - Exames laboratoriais

9 - Exames de imagem:

10 - Lesões/Curativos:

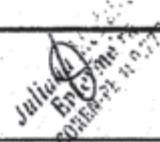


11 - Prescrição de Enfermagem: - For para BC as 12:30, aguardo retorno.

12 - Alta: Transferência ( ) Local \_\_\_\_\_ Melhorada ( ) Óbito ( ) Evasão ( )

Hora:

Enfermeiro/ assinatura e carimbo:





Nome: ROSELI STRASSIN Registro: 99260  
Clínica: FRO Enfermaria: 405 Leito: 1  
Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Data: 07/11/17

Estado Geral: regular  
Dieta: VO ☒ SNE ☐ GTT ☐ Dieta zero ☐  
Padrão respiratório: espontâneo ☒ AVM ☐ VNI ☐ Cat. 02 ☐ Venturi ☐  
Acesso Venoso: Periférico ☒ Central ☐ Local: \_\_\_\_\_ Data da troca: \_\_\_\_\_  
Drenos: Sim ☐ Não ☒  
Diurese: Espontânea ☒ SVD ☐ Outros: \_\_\_\_\_  
Evacuação: Presente ☐ Ausente ☐  
Observações: DS 12:30hs por via para o bloco  
cirúrgico retornando às 19:30hs. segue  
em SVD.

Alta: Transferência ( ) Local \_\_\_\_\_ Melhorada ( ) Óbito ( ) Evasão ( )

Rosineide Lopes da Silva  
Téc. de Enfermagem  
Téc. em enfermagem  
CHRE 26.697

[illegible]



### EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

Nome: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_  
Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

#### Plantão Diurno

1 - Queixas do paciente:

2 - Estado Geral/Nível de consciência:

3 - Estado Geral/Nível de consciência:

3 - Pele/mucosa:

4 - Aparelho cardiovascular:

FC:

PA:

5 - Aparelho respiratório:

FR:

Oxigenoterapia:

6 - Aparelho gastrointestinal:

7 - Aparelho Geniturinário:

8 - Exames laboratoriais

9 - Exames de imagem:

10 - Lesões/Curativos:

11 - Prescrição de Enfermagem:

12 - Alta: Transferência ( ) Local \_\_\_\_\_ Melhorada ( ) Óbito ( ) Evasão ( )

Hora:

Enfermeiro/ assinatura e carimbo:



**Anotações do Técnico em Enfermagem**

Nome: Momay Senadim Registro: \_\_\_\_\_  
Clínica: TRO Enfermaria: 405 Leito: 01  
Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Data: 08-11-17

**Plantão Diurno**

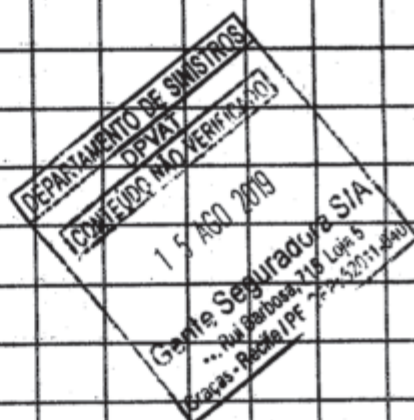
Estado Geral: Regular  
Dieta: VO ☒ SNE ( ) GTT ( ) Dieta zero ( )  
Padrão respiratório: espontâneo ☒ AVM ( ) VNI ( ) Cat. 02 ( ) Venturi ( )  
Acesso Venoso: Periférico ☒ Central ( ) Local: \_\_\_\_\_ Data da troca: \_\_\_\_\_  
Drenos: Sim ( ) Não ☒  
Diurese: Espontânea ☒ SVD ( ) Outros: \_\_\_\_\_  
Evacuação: Presente ☒ Ausente ( )  
Observações: Pac. de alta hospitalar aguardando  
transporte

Alta: Transferência ( ) Local \_\_\_\_\_ Melhorada ☒ Óbito ( ) Evasão ( )

Técnico em enfermagem:

*Joana D'arc*  
Téc. Enfermagem  
COREN 359.490

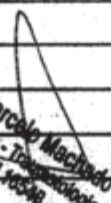
| Horário | SINAIS VITAIS |    |    |                |       | CONTROLE HÍDRICO |     |     |        |            |        |       |       |                   |
|---------|---------------|----|----|----------------|-------|------------------|-----|-----|--------|------------|--------|-------|-------|-------------------|
|         | HGT           | FC | PA | Sat.O2<br>e FR | TEMP. | GANHOS           |     |     |        |            | PERDAS |       |       |                   |
|         |               |    |    |                |       | DIETA            | NPT | HDT | MEDIC. | Transfusão | DRENO  | DIUR. | EVAC. | Sond.<br>gástrica |
| 08      |               |    |    |                |       |                  |     |     |        |            |        |       |       |                   |
| 09      |               |    |    |                |       |                  |     |     |        |            |        |       |       |                   |
| 10      |               |    |    |                |       |                  |     |     |        |            |        |       |       |                   |
| 11      |               |    |    |                |       |                  |     |     |        |            |        |       |       |                   |
| 12      |               |    |    |                |       |                  |     |     |        |            |        |       |       |                   |
| 13      |               |    |    |                |       |                  |     |     |        |            |        |       |       |                   |
| 14      |               |    |    |                |       |                  |     |     |        |            |        |       |       |                   |
| 15      |               |    |    |                |       |                  |     |     |        |            |        |       |       |                   |
| 16      |               |    |    |                |       |                  |     |     |        |            |        |       |       |                   |
| 17      |               |    |    |                |       |                  |     |     |        |            |        |       |       |                   |
| 18      |               |    |    |                |       |                  |     |     |        |            |        |       |       |                   |
| 19      |               |    |    |                |       |                  |     |     |        |            |        |       |       |                   |
| 20      |               |    |    |                |       |                  |     |     |        |            |        |       |       |                   |



## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Moses Eragim de Souza Registro: \_\_\_\_\_

Clínica: ORTOPEDIA Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

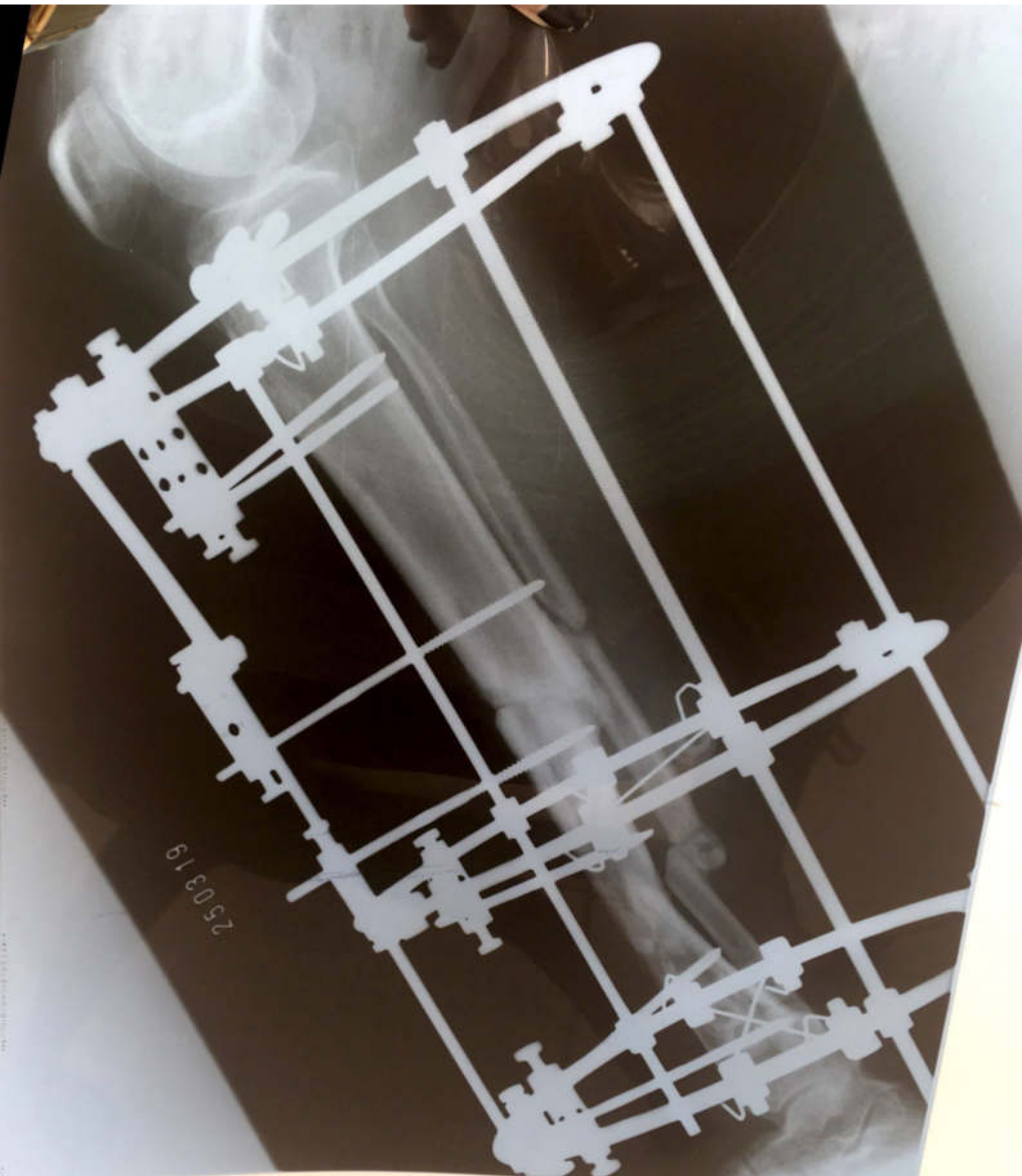
| Data/Hora       |                                                                                                                                                     |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 02.11.17<br>11h | # ORTOPEDIA - Bloco cir. ±                                                                                                                          |
|                 | PctI fratura perna ①                                                                                                                                |
|                 | PctII fratura exposta grave                                                                                                                         |
|                 | Gustilo III B em perna ②                                                                                                                            |
|                 | Submetido a LC + fixação                                                                                                                            |
|                 | c/ fix. externo.                                                                                                                                    |
|                 | Punk ③                                                                                                                                              |
|                 | Diagnóstico de necrose e/ou infecção                                                                                                                |
|                 | CD: A SR                                                                                                                                            |
|                 | <br>Dr. Marcelo Maciel<br>Ortopedia - Traumatologia<br>CRM 10549 |

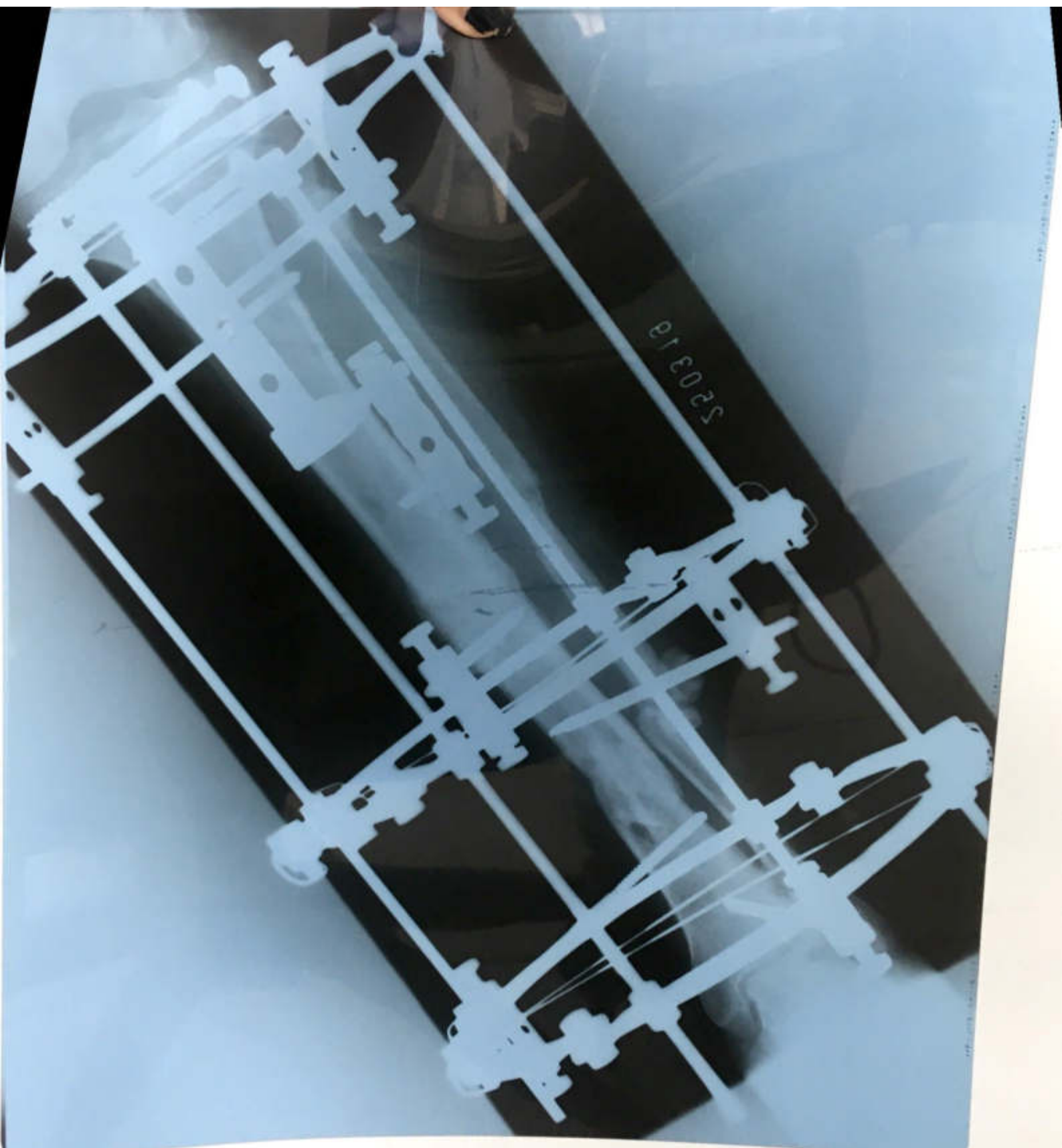
## EVOLUÇÃO CLÍNICA

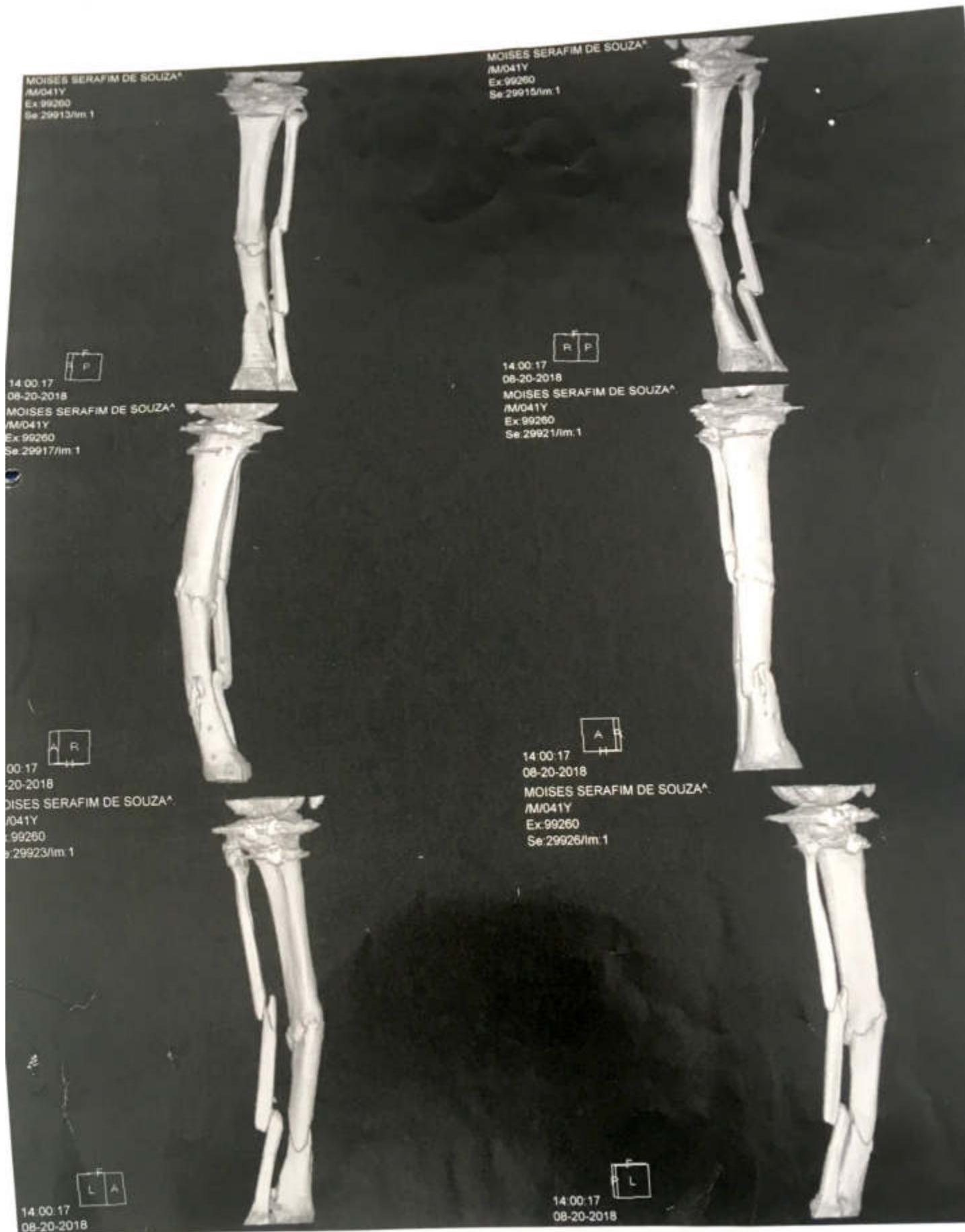
Nome: Moises Serafim Registro: 99260

Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: 405 Leito: 01

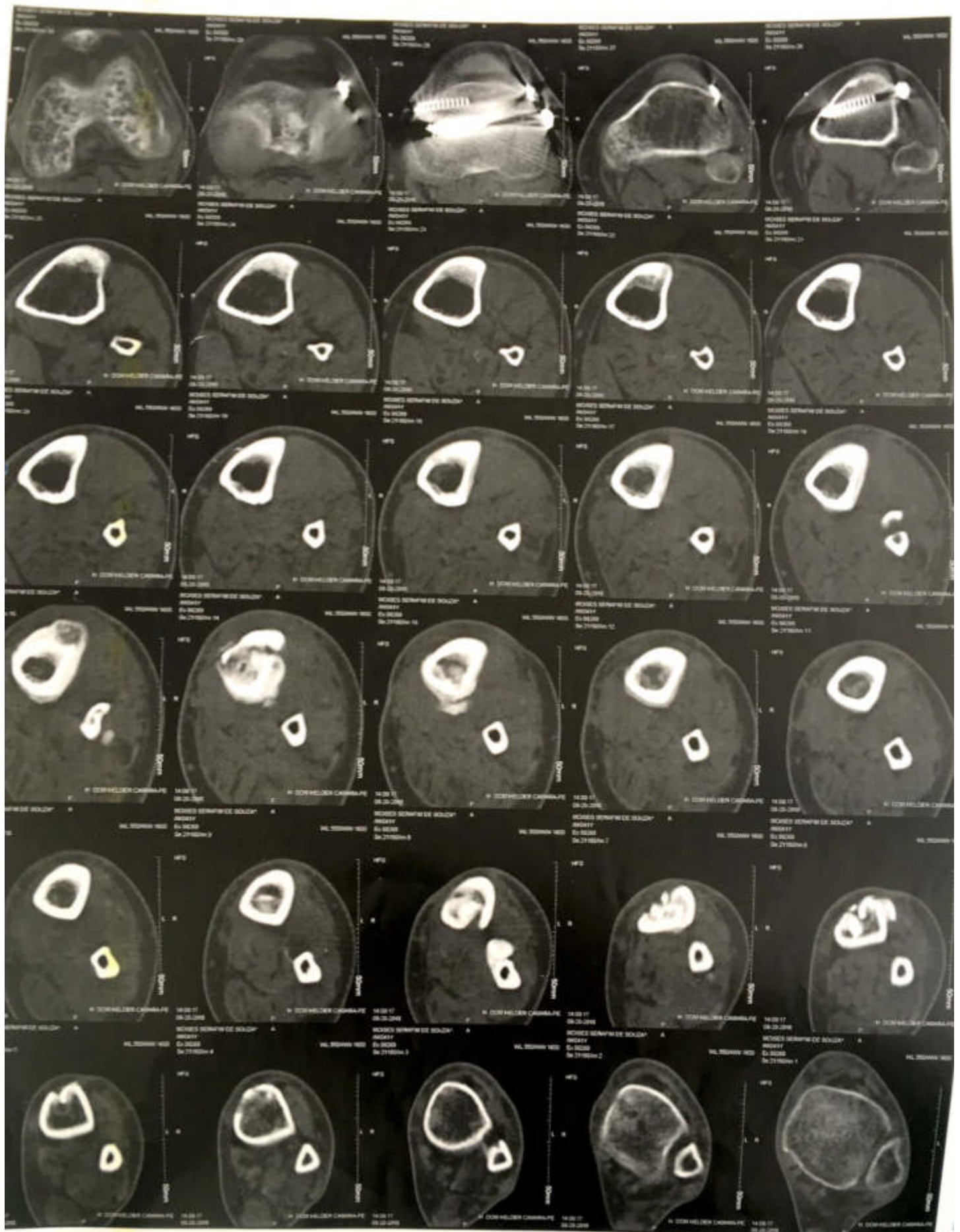
| Data/Hora                                                              | # Serviço Social #                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 03/11/17                                                               | Realizada visita ao leito; Preenchida a entrevista social e prestadas orientações quanto ao seguro DPVAT e fluxo hospitalar.                                                                                                                            |
|                                                                        | <br>HDH-Hospital Dom Helder Câmara<br>Cibele Maria da Silva Ferreira<br>Assistente Social<br>CRESS/PE 10193                                                            |
|                                                                        | Paciente Tricido, classificado em NIV primário de assistência - segue sob comp. multidisciplinar                                                                                                                                                        |
| Atendimento Nutricional<br>Data: <u>03/11/17</u> Hora: <u>17:30</u> HS | <br>Maria Lucia S. da Silva<br>Nutricionista<br>CRN679740                                                                                                            |
| Nutricionista Responsável                                              |                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 08/11/17                                                               | # Ortopedia #<br>FO com bom aspecto<br>Paciente sem queixas<br>Alta da ortopedia.                                                                                                                                                                       |
|                                                                        | <br>DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO<br>15 AGO 2019<br>Gente Seguradora S/A<br>Av. Rui Barbosa, 714 Lote 5<br>Graças - Recife/PE CEP: 50011-040 |













HOT

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA  
PACIENTE: Maria Sereia  
REGISTRO: 99267  
DATA: 08/06/14  
①

HOSPITAL DOM Helder CAMARA

PACIENTE: M. da S. Sampaio

REGISTRO: 99260

DATA: 08/06/19

(D)



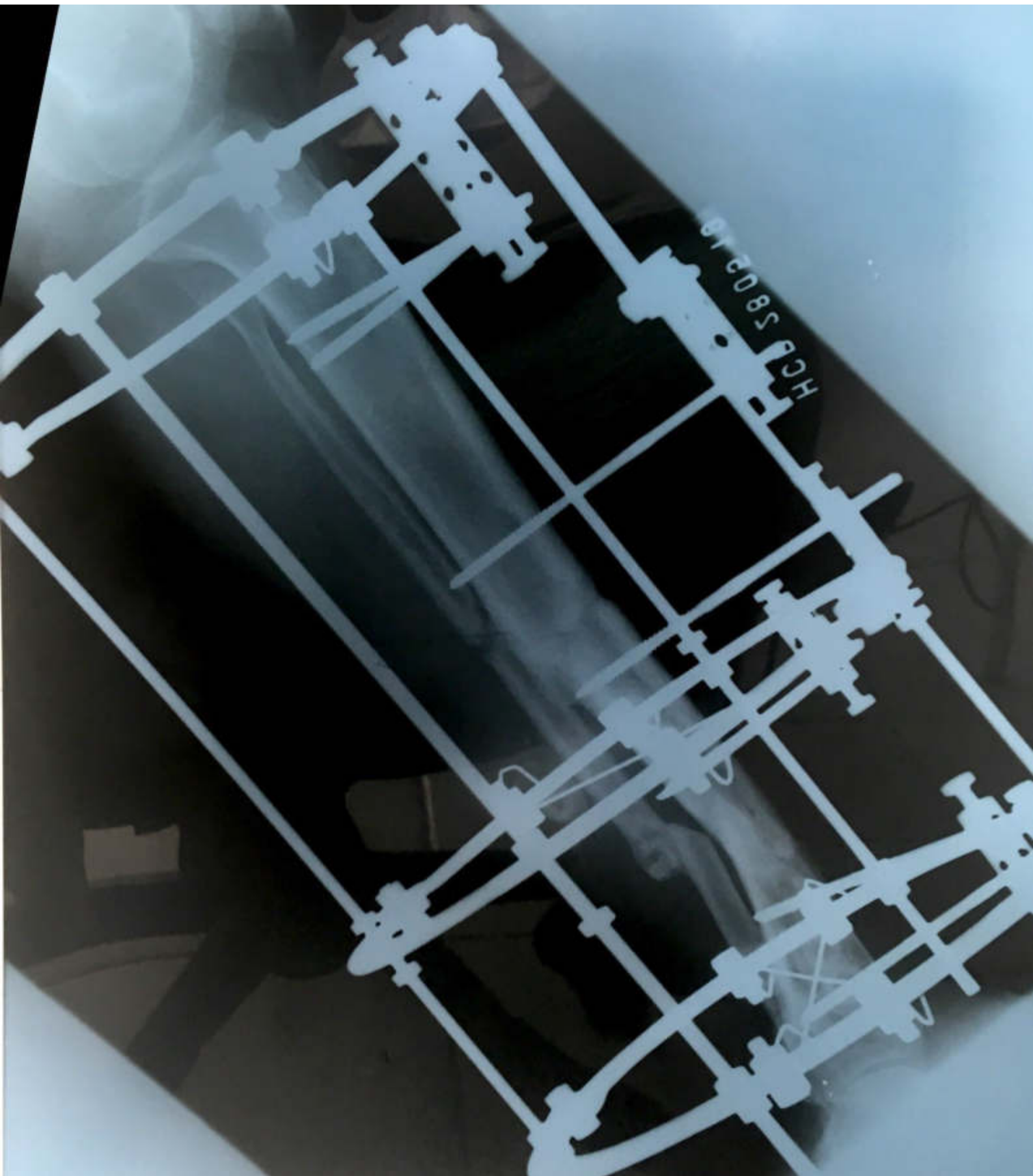
HOSPITAL DOM HÉLDER CÂMARA

PACIENTE: MOISÉS E. afim

REGISTRO: 99260

DATA: 08/06/19



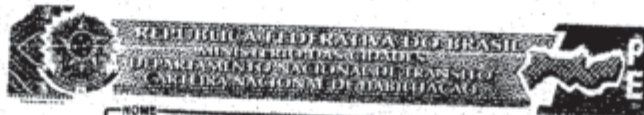






HE OPTAL DON HILLER CLINIC  
RECEIVED  
DATE 10/10/19  
TIME 10:00 AM  
BY 10/10/19





VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1487430708

NOME  
**ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO**



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
**4416464 SSP PE**

CPF  
**817.008.064-91** DATA NASCIMENTO  
**02/05/1972**

FILIAÇÃO  
**GILBERTO VALERIANO DA  
COSTA  
HELENA MARIA DA SILVA  
COSTA**

PERMISSÃO  
**00000000000000000000000000000000** CAT. HAB.  
☐

Nº REGISTRO  
**04324080986** VALIDADE  
**30/09/2022** 1ª HABILITAÇÃO  
**26/03/2008**



OBSERVAÇÕES  
**KAK**

*Artur V. Costa Neto*  
ASSINATURA DO PORTADOR

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1487430708

LOCAL  
**RECIFE, PE** DATA EMISSÃO  
**30/10/2017**

*Charles Andrews Souza Ribeiro*  
Charles Andrews Souza Ribeiro  
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR  
**30390611474  
PM061620223**

**PERNAMBUCO**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
15 AGO 2019  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Graciosa - Recife / PE CEP: 52011-040

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013222406323  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 489195016  
CDD/MEM/AN 489195016  
EXERCÍCIO 2017

MOISES SERAFIM DE SOUZA

IPOJUCA-PE

590 312 984-68 PLACA PGJ1880

PRACANT/UF PE 9C2KD0550CR022907

PAS /MOTOCICLETA COMEQUIVEL ALX2/2450L

ANO FAB 2012 ANO MOD 2012

BRONDA/RNR150 BROS BS

CAP/ROT/OL 2P/149OL

CATEGORIA PARTIC

VENO COTA UNICA 1º 2º 3º

1º 2º 3º

PARCELAMENTO COTAS

FAIXA IPVA

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

PREMIO TARIFARIO (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

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

PE Nº 013222406323 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MOISES SERAFIM DE SOUZA

55590-000

CSA IPOJUCA-PE

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017

DATA EMISSÃO 05/03/17

PLACA PGJ1880

CPF / CNPJ 590 312 984-68

RENAVAM 489195016

MARCA/MODELO HONDA/RNR150 BROS BS

Nº CHASSI 9C2KD0550CR022907

ANO FAB 2012

ANO MOD 2012

PREMIO TARIFARIO

DETRAN (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT  
ELA É A PARTE OBRIGATORIA

DEPARTAMENTO DE SINISTRO  
DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
15 AGO 2019  
Gente Seguradora S/A  
Av. Barbosa, 715 Loja 3  
Gratias - Recife/PE CEP: 52011-000

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190482433 **Cidade:** Ipojuca **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MOISES SERAFIM DE SOUZA **Data do acidente:** 02/11/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 26/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO.  
FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA (GUSTILLO III).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA. P6,7

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

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

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                           | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 17,5%     | R\$ 2.362,50          |
| Total                                                 |                                              |                                                      | 17,5 %    | R\$ 2.362,50          |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190482433 **Cidade:** Ipojuca **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MOISES SERAFIM DE SOUZA **Data do acidente:** 02/11/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 26/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO.  
FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA (GUSTILLO III).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA. P6,7

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

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

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                           | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 17,5%     | R\$ 2.362,50          |
| Total                                                 |                                              |                                                      | 17,5 %    | R\$ 2.362,50          |

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

1 OUTORGANTE Moises Serafim de Souza

Portador (a) do documento de identidade n. 3.489.028, expedido por SDS-PE, em  
16/09/14 inscrito no CPF sob o n. 590.312.984-68, residente na  
Rua Maria Desoberto n. 11  
complemento Casa, Barrio Alto do cidade Igarueta, Estado PE

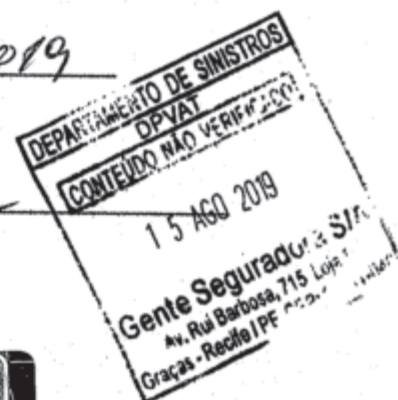
2 OUTORGADO ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Portador (a) do documento de identidade n. 4416464, expedido por SSP-PE, em  
10 / 05 / 2013 inscrito no CPF sob o n. 81700806491, residente na  
RUA APULEU VIEIRA n. 113 complemento CASA, Barrio VARZIA  
cidade RECIFE, Estado PE.

Nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado a cima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO - DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao processo de **INVALIDEZ PERMANENTE**, ao seguro obrigatório- DPVAT, data do acidente 02 / 11 / 2017

Igarueta 13 de agosto de 2019

OUTORGANTE Moises Serafim de Souza



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0281014/19

**Número do Sinistro:** 3190482433

**Vítima:** MOISES SERAFIM DE SOUZA

**CPF:** 590.312.984-68

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 02/11/2017

**Titular do CPF:** MOISES SERAFIM DE SOUZA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

**MOISES SERAFIM DE SOUZA : 590.312.984-68**

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](http://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: 21/08/2019  
Nome: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO  
CPF: 817.008.064-91

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/08/2019  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0281014/19

**Vítima:** MOISES SERAFIM DE SOUZA

**CPF:** 590.312.984-68

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 02/11/2017

**Titular do CPF:** MOISES SERAFIM DE SOUZA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO : 817.008.064-91

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

### MOISES SERAFIM DE SOUZA : 590.312.984-68

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](http://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: 15/08/2019  
Nome: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO  
CPF: 817.008.064-91

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/08/2019  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

---

**Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190482433**

**Vítima: MOISES SERAFIM DE SOUZA**

**Data do Acidente: 02/11/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MOISES SERAFIM DE SOUZA**

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, 19 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190482433                      Vítima: MOISES SERAFIM DE SOUZA

Data do Acidente: 02/11/2017                      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MOISES SERAFIM DE SOUZA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

|                           |                                                                                                                           |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Comprovante de residência | Apresentar a cópia simples do comprovante de residência emitido nos últimos 180 dias, pois o entregue está desatualizado. |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você



**Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190482433**

**Vítima: MOISES SERAFIM DE SOUZA**

**Data do Acidente: 02/11/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MOISES SERAFIM DE SOUZA**

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

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 2.362,50 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **MOISES SERAFIM DE SOUZA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000003014**

Conta: **0000014914-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

590.312.984-68

4 - Nome completo da vítima:

Meisê Serapim de Souza

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

5 - Nome completo:

Meisê Serapim de Souza

6 - CPF:

590.312.984-68

7 - Profissão:

Recusou-se

8 - Endereço:

Rua Nova Descoberta

9 - Número:

11

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Nº 2 do C

12 - Cidade:

Ipójuca

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55590-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(81) 984169468

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: 3014

CONTA: 00014914

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

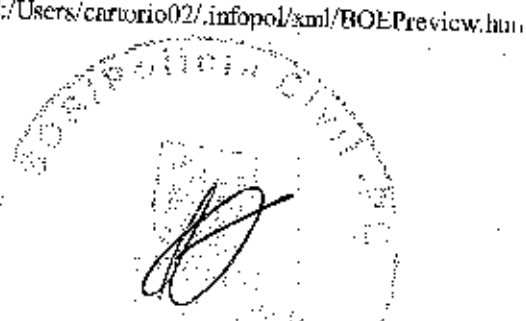
40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 043ª CIRCUNSCRIÇÃO - PORTO DE GALINHAS - DP43ªCIRC  
DIM/10ªDESEC

0281014/19

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0133000544**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/02/2018** às **17:50**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **2/11/2017** no período da Manhã

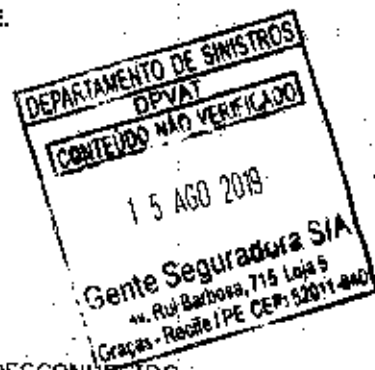
Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE PORTO DE GALINHAS, 1, PE - 009 - Bairro: PORTO DE GALINHAS - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **HOTEL VILLAGE**.  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR) AGENTE )  
JOSE RAFAEL SANTOS ( NOTICIANTE )  
MOISES SERAFIM DE SOUZA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **MOISES SERAFIM DE SOUZA**



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

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão)** - Sexo: **Desconhecido** Mãe: **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX** Data de Nascimento: **11/11/1985** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**MOISES SERAFIM DE SOUZA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **ALZIRA MARIA DE SOUZA** Pai: **ALFREDO ERAFIM DE SOUZA** Data de Nascimento: **3/8/1967** Naturalidade: **SIRINHAEM / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **BAIRRO DE NOSSA SENHORA DO O, 17, RUA - NOVA DESCOBERTA - CEP: 0 - Bairro: NOSSA SENHORA DO O - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL, SÍTIO DE NESTOR.**

**JOSE RAFAEL SANTOS (presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA TEREZA DOS SANTOS** Pai: **MOISES SERAFIM DE SOUZA** Data de Nascimento: **16/1/1996** Naturalidade: **IPOJUCA / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **BAIRRO DE NOSSA SENHORA DO O, 17, RUA - NOVA DESCOBERTA - CEP: 0 - Bairro: NOSSA SENHORA DO O - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL, SÍTIO DO NESTOR.**

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

**VEICULO 01 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

VEICULO 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MOISES SERAFIM DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MOISES SERAFIM DE SOUZA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NX** Objeto apreendido: **Não** Número de Série: **PGJ- 1880 - PE**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGJ1880 (PERNAMBUCO/IPOJUCA)**

Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**

### Complemento / Observação

ALEGA O NOTICIANTE, QUE SEU PAI NO DIA 02/11/2017, QUANDO SE DIRIGIA PARA SEU LOCAL DE TRABALHO NO HOTEL VIVAR, AO TRANSITAR PELA PE - 009, SENTIDO NOSSA SENHORA DO Ó X PORTO DE GALINHAS, DEPOIS DE FAZER O RETORNO PARA ENTRAR NA VIA LOCAL, FOI ATINGIDO POR UM VEICULO QUE VINHA EM SENTIDO CONTRARIO, E COLDIU COM SUA MOTOCICLETA, JOGANDO A VITIMA NO SOLO. O CONDUTOR ( AUTOR ) AINDA CHEGOU A SOCORRER A VITMA PARA O HOSPITAL CAROZITA BRITO, POREM NÃO FOI IDENTIFICADO, E SEU PAI FICOU INTERNADO POR VARIOS DIAS NO REFERIDO HOSPITAL, ONDE DEU ENTRADA COM FRATURA EXPOSTA.

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

*Jose Rafael Santos Desouza*  
**JOSE RAFAEL SANTOS**  
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **JOSE DIOGENES ALVES VARELA**



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

590.312.984-68

4 - Nome completo da vítima:

Meisê Serapim de Souza

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

5 - Nome completo:

Meisê Serapim de Souza

6 - CPF:

590.312.984-68

7 - Profissão:

Recusou-se

8 - Endereço:

Rua Nova Descoberta

9 - Número:

11

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Nº 2 do C

12 - Cidade:

Ipójuca

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55590-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(81) 984169468

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: 3014

CONTA: 00014914

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Recife 13 de agosto 2019  
Meisê Serapim de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Atendimento: 402488

Senha da Classificação:

0007

Data e Hora: 02/11/2017 07:02

Paciente: 99260 MOISES SERAFIM DE SOUZA

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 03/08/1967 Idade: 50 anos

Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: ALZIRA MARIA DE SOUZA

Nome do Pai: ALFREDO SERAFIM DE SOUZA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Endereço: RUA NOVA DESCOBERTA

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: IPOJUCA

PE

Usuário Atendimento: JAIDETTENS

RG (Identidade): 3489028

SDS PE

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 59031298468

Fone: 994748121

Cartão SUS:

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Queixa Principal

Vitima de colisão moto - carro com la em  
perna (D)

Exame Físico

Edema, deformidade, limitação funcional  
EVU preservado

tese Diagnostico

Fratura exposta do osso de perna (D)

Conduta Terapeutica

Ao BC

Prescrição Médica

Cefalotina 2g + AD EV 07:45  
VAT 7M  
Diprione 2g + AD EV 07:45

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

15 AGO 2019

Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Gracas - Recife/PE CEP: 52011-000

Francisco Ferreira  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEPE 23424

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MOISES SERAFIM DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03014

CONTA: 000000014914-0

---

Nr. da Autenticação 3220BA6F9922379F



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

NOTA FISCAL Nº 4002614737 - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50055-502  
CNPJ 10.835.932/0001-00 | Insc. Est. 0025043-00 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
MOISÉS SERAFIM DE SOUZA

ENDEREÇO DO CONSUMIDOR  
RUA NOVA DESCOBERTA 11 CASA A

CPF: 590.312.994-08

CENTRO/NOSSA SENHORA DO O  
IPOJUCA PE  
55590-000

CLASSIFICAÇÃO  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásico

CONTA CONTINUA  
4002614737

PERÍODO  
09/2017

DATA DE EMISSÃO  
05/10/2017

DATA DE VENCIMENTO  
27/10/2017

Nº DA NOTA FISCAL  
003475047

SERIE  
UNICA

EMISSÃO  
27/09/2017

ASSINATURA  
27/09/2017

Nº DO CLIENTE  
2001800520

Nº DA INSTALAÇÃO  
1401455

TOTAL A PAGAR (R\$)

85,34

#### DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

|                                          | QUANTIDADE  | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Consumo Ativo (Wh)                       | 115,0000000 | 0,87315022  | 77,41       |
| Acréscimo Bandeira AMARELA               |             |             | 2,90        |
| Acréscimo Bandeira VERMELHA              |             |             | 0,47        |
| Contribuição Iluminação Pública          |             |             | 5,53        |
| ICMS Subvenção-CDE-NF 00344858U-27/07/17 |             |             | 0,89        |
| Multa por atraso-NF 003475047 - 29/09/17 |             |             | 1,60        |
| Juros por atraso-NF 003475047 - 29/09/17 |             |             | 0,19        |
| Atualização IGPM-NF 003475047 - 29/09/17 |             |             | 0,01        |
| Compensação DIC Mensal 07/17             |             |             | -3,45       |

TOTAL DA FATURA

85,34

#### DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

| Nº DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | DATA ANTERIOR | LEITURA ANTERIOR | DATA ATUAL | LEITURA ATUAL | Nº DE DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (Wh) |
|---------------|----------------|---------------|------------------|------------|---------------|------------|-----------|--------|--------------|
| 41000028      | CAT            | 29-08-2017    | 13.717,00        | 27-09-2017 | 13.832,00     | 29         | 1,000000  |        | 115,00       |

#### COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

| PERÍODO      | CONSUMO (Wh) | PERCENTUAL |
|--------------|--------------|------------|
| SET 17 - 115 | 115,00       | 100,00%    |
| AGO 17 - 115 | 115,00       | 100,00%    |
| JUL 17 - 96  | 96,00        | 83,48%     |
| JUN 17 - 120 | 120,00       | 104,35%    |
| MAY 17 - 124 | 124,00       | 107,78%    |
| ABR 17 - 115 | 115,00       | 100,00%    |
| MAR 17 - 142 | 142,00       | 123,48%    |
| FEV 17 - 90  | 90,00        | 78,26%     |
| JAN 17 - 115 | 115,00       | 100,00%    |
| DEZ 16 - 113 | 113,00       | 98,26%     |
| NOV 16 - 113 | 113,00       | 98,26%     |
| OUT 16 - 99  | 99,00        | 86,04%     |
| SET 16 - 105 | 105,00       | 91,30%     |

Consumo Ativo (Wh) 115,0000000

DEBITOS APLICADOS 0,0000000

RECEBIMENTO DO FISCAL  
9CCA10B121CB079D2A753EE778D5BD15

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data de emissão da presente fatura, a Companhia Energética de Pernambuco (CELPE) não possui nenhuma restrição de fornecimento de energia elétrica para o consumidor em questão. O consumidor deve estar ciente de que a interrupção do fornecimento de energia elétrica pode ocorrer em caso de inadimplência, sendo necessário o pagamento da fatura em dia para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica.

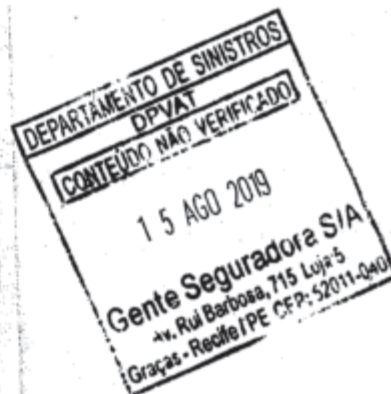
#### ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Comunicamos a você que possui contas em aberto da seguinte forma:

| Valor  | Diário | Valor | Valor  | Valor  | Valor |
|--------|--------|-------|--------|--------|-------|
| 14,00% | 0,01   | 3,57  | 10,00% | 11,07% | 4,00  |

Se você não tem conhecimento do débito ou não reconhece a fatura, por favor, entre em contato com a Companhia Energética de Pernambuco (CELPE) para esclarecer a situação. Caso contrário, a fatura será considerada válida e o consumidor será responsável pelo pagamento da mesma.

As condições gerais de fornecimento de energia elétrica estão disponíveis no site: [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)



**compesa**

CNPJ 09.769.035/0001-64

INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: PRACA FARIAS NEVES - NUM. - S/N - DOIS IRMAOS R  
ECIFE PE 52171-011

DADOS DO CLIENTE  
ROBINSON NASCIMENTO DA SILVA MATRICULA: 54871430 Mai/2019  
R APULEU VIEIRA, N. 00113 - VARZEA RECIFE PE 50810-370  
INSCRICAO: 340.419.440.0366.000 GRUPO: 15 DEB. AUTOMATICO: 054871430

| SITUAÇÃO AGUA<br>LIGADO  | SITUAÇÃO ESGOTO<br>POTENCIAL      | RESIDENCIAL                    | QUANTIDADE DE ECONOMIAS<br>COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA |
|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------|
| HIDRÔMETRO<br>A175611159 | DATA LEIT. ANTERIOR<br>10/05/2019 | DATA LEIT. ATUAL<br>10/06/2019 | TIPO DE CONSUMO (A/E)<br>REAL                           |

AGUA:

LEIT ANT: 167 CONSUMO: 22

LEIT ATU: 189

LEIT FAT: 189

**HISTORICO DE CONSUMO  
REFERENCIA CONSUMO**

04/2019 15  
03/2019 13  
02/2019 17  
01/2019 16  
12/2018 19  
11/2018 19  
MEDIA: 17

| PARAMETROS    | NUMERO DE AMOSTRAS         |                     |                    |
|---------------|----------------------------|---------------------|--------------------|
|               | EXIG. PORT.<br>MS 2.914/11 | ANALISES<br>REALIZ. | ATENDEM<br>A LEGIS |
| TURBIDEZ      | 139                        | 133                 | 132                |
| COR APARENTE  | 139                        | 133                 | 125                |
| CORO RESIDUAL | 139                        | 133                 | 133                |
| COLIF. TOTAIS | 139                        | 133                 | 130                |
| E. COLI       | 139                        | 133                 | 133                |

MEDIA: 17

Qualidade de Agua: [www.compesa.com.br](http://www.compesa.com.br)

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
(2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO  
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA AGUA  
(3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES  
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA

**DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS**

AGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M3 - 41,30 POR UNIDADE

11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3

21 M3 A 30 M3 - R\$ 5,63 POR M3

MULTA P/IMPONTUALIDADE 04/2019

DOACAO AO PRO-CRIANCA 05/2019

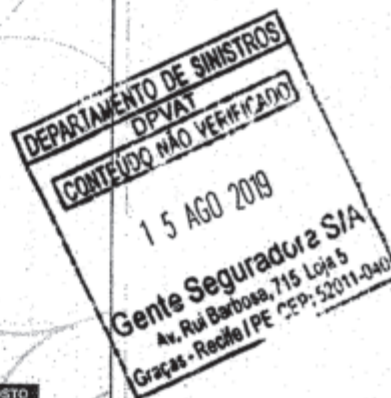
CONSUMO

TOTAL(R\$)

10 M3 41,30  
10 M3 47,40  
2 M3 11,26

1,32  
1,00

| TRIBUTOS | BASE DE CÁLCULO | PERCENTUAL (%) | VALOR DO IMPOSTO |
|----------|-----------------|----------------|------------------|
|----------|-----------------|----------------|------------------|



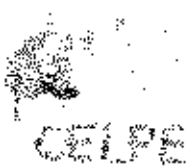
0281014/19

Pedido de serviço para Vía para Pagamento Grupo B nº 1398700182

**NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

**COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO**

AV. JORÃO DE BARROS 111, 804 WTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP: 50050-902  
CNPJ: 30.855.932/0000-05  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 2005542-55



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 0800-0510320 PRONTIDÃO 0800-0510196  
Atendimento ao cliente suatipo ou de fax: 0800 281 0142  
Ouvidoria 0800 282 5589  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados  
do Estado de Pernambuco-ARSP: 0800 729 0287  
Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-  
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifa de  
rea origem para telefones celulares

|                                                                                                               |                                                |                                                  |                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>DADOS DO CLIENTE</b><br><b>MOISES SERAFIM DE SOUZA</b>                                                     | <b>DATA DE VENCIMENTO</b><br><b>02/08/2019</b> | <b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b><br>26/07/2019 | <b>CONTA CONTRATO</b><br><b>4002614737</b> |
|                                                                                                               | <b>TOTAL A PAGAR</b><br><b>R\$ 28,63</b>       | <b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b><br>26/07/2019        |                                            |
| <b>ENDEREÇO</b><br>RUA NOVA DESCOBERTA 17 - CASA A -<br>CENTRO/MOSSA SENHORA DO O -<br>55590-000 IPOJUCA PE - | <b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b><br>071461002      |                                                  |                                            |

|                                                   |                      |
|---------------------------------------------------|----------------------|
| <b>PERÍODO CONSUMO</b><br>26/06/2019 a 26/07/2019 | <b>CONSUMO</b><br>58 |
|---------------------------------------------------|----------------------|

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota valor do imposto R\$ 0,00

|                              |                           |
|------------------------------|---------------------------|
| <b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b> | <b>VIA PARA PAGAMENTO</b> |
|------------------------------|---------------------------|

Destaque aqui

|                                     |                           |                                   |                                 |                                                                                                               |
|-------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CONTA CONTRATO</b><br>4002614737 | <b>MÊS/ANO</b><br>07/2019 | <b>TOTAL A PAGAR</b><br>R\$ 28,63 | <b>VENCIMENTO</b><br>02/08/2019 | <b>TALÃO DE PAGAMENTO</b><br>Evite dobrar e perfurar ou rasurar.<br>Este canhoto será usado em leitora ótica. |
| <b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b>        |                           |                                   |                                 |                                                                                                               |

838500000008 286300110049 002614737105 173034400534



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DEVAL  
 CONTENDO SINISTROS  
 21 AGO 2019  
 Sinto Seguradora S/A  
 R. Rui Barbosa, 716 Loja 3  
 Recife/PE 550-32011-040