



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 24/04/03
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111 - Boa Vista, Recife - PE, CEP 50150-000
CNPJ 15.835.837/0001-08 (Vale, Ext. 011-953.81) www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

RENATO CÉSAR MALHEIROS CAVALCANTI

CPF: 039.232.004-55

CLASSIFICAÇÃOB3 COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**AV. BERNARDO VIEIRA DE MELO 1551
AP-01FRIEDADE/PAZES
JABOATÃO DOS GUARARAPES PE
54410-010

CONTA Nº FISCAL	DATA	VALOR
07001347	ONCA	2309.1.19
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA FATURA
23092019	2015535230	1847219

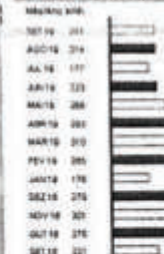
CONTA CONTRATO	MES/ANO
7025325626	09/2019
DATA DE REGISTRO	DATA DE VENCIMENTO
30/09/2019	24/10/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	215,30

DEFINIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	211,000000	0,77952320	164,47
Acrescimo Bandeira VERMELHA			11,87
Contrib. Rum. Pública Municipal			37,81
ICMS Subvenção COE-RF 07002026-24/07/19			1,15
TOTAL DA FATURA			215,30

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	Tipo DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
08183213	CAI	21-08-2019	9.380,00	23-09-2019	9.174,00	30	1.000,00		211,00

ANÁLISE DE CONSUMO**INFORMAÇÕES DE IMPOSTOS**

ICMS	PIS	COFINS
176,44	176,44	176,44

COMPARAÇÃO AO CONSUMO

Descrição	Valor	Porcentagem
Geração de Energia	82,87	38,5%
Transmissão	3,11	1,4%
Distribuição/Perdas	27,22	12,6%
Perdas de Energia	11,88	5,5%
Energia Subvenção	0,00	0,0%
Outros	10,24	4,7%
Total	135,32	62,7%

TAXAS E CONTRIBUIÇÕES

Contribuição de Iluminação Pública (CIP)

0,043320

RESERVAÇÃO FISCAL

30P B 508 4ND ECCO A2-B 3180 1500 FF30

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague esta nota fiscal até o dia 24/10/2019 para evitar o acréscimo de multa e juros. O valor da multa é de 10% sobre o valor da nota fiscal. O valor dos juros é de 1% ao mês. O valor da multa e dos juros é de 21,53. O valor total a pagar é de 236,83. O valor da multa e dos juros é de 21,53. O valor total a pagar é de 236,83.

Descrição	Valor	Porcentagem
Consumo Ativo (kWh)	164,47	76,4%
Acrescimo Bandeira VERMELHA	11,87	5,5%
Contrib. Rum. Pública Municipal	37,81	17,6%
ICMS Subvenção COE-RF 07002026-24/07/19	1,15	0,5%

Descrição	Valor	Porcentagem
Consumo Ativo (kWh)	164,47	76,4%
Acrescimo Bandeira VERMELHA	11,87	5,5%
Contrib. Rum. Pública Municipal	37,81	17,6%
ICMS Subvenção COE-RF 07002026-24/07/19	1,15	0,5%

CONTA CONTRATO 7025325626 MÊS/ANO 09/2019 VALOR A PAGAR (R\$) 215,30

83820000002-9 15300011007-5 02532562610-9 14270268423-8



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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Renato César M. Cavalcanti inscrito (a) no CPF 039.232.004 / 55
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Aliel José de Araújo inscrito
(a) no CPF sob o Nº 028.666.524 / 79, do sinistro de DPVAT cobertura invalidéz da Vítima
Aliel José de Araújo, inscrito (a) no CPF sob o Nº 028.666.524 / 79, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Av. Bernardo Vieira de Melo</u>		Número <u>1551</u>	Complemento <u>Naka da - Terceiro</u>
Bairro <u>Piedade</u>	Cidade <u>Jaboatão dos Guararapes</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>54410-010</u>
Email <u>renatomalheiro@outlook.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>-</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 99543-4554</u>

Recife, 03 de março de 2020
Local e Data

Renato César M. Cavalcanti
Assinatura do Declarante

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 03/12/2017 19:32

Nome Paciente: ALIEL JOSE DE ARAUJO
Cód. Paciente: 100239
Data de Nascimento: 09/03/1980
Sexo: Masculino
Idade: 37
Senha: 0041
Convênio: 2 - SUS/SIA AMB/URG
Atendimento: 407898 
SAME:

Período: 03/12/2017 19:40 - 03/12/2017 19:40

VANESSA AVILA GUERRA - COREN: 000443560 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGENCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACT ENCAMINHADO DE SIRINHAEM COM SENHA 5311906, VITIMA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO LESÃO IMPORTANTE EM JOELHO E. HAS - DM- NEGA ALERGIA.

Programa sintoma: TRAUMA

Discriminador(es):
- FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO
- DOR MODERADA (4-7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: VANESSA AVILA GUERRA - COREN: 000443560 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 04/12/2017 15:09

Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

ATENDIMENTO: RUA OUTEIRO DO CARMO - NUM. - S/N - CENTRO SITI
NITERÓI - RJ - 24240-000

DADOS DO CLIENTE

MATRÍCULA: 24017524 Jan/2020

LINDINALVA ZACARIAS DE ARAUJO
R. EUCLIDES RODRIGUES MACIEL, N. 35 - COHAB Q A - COHAB GIRINHA
EM. PE 55580-000
INSCRIÇÃO: 147.820.600.0000 151 GRUPO: 16 DEB AUTOMÁTICO: 024017524

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
LIGADO	POTENCIAL	1		
HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)	
A13U037831	10/01/2020	10/02/2020	REAL	

ÁGUA:

LEIT. ANT: 888 CONSUMO: 9

LEIT. ATU: 897

LEIT. FAT: 897

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA CONSUMO		PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
			EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDE A LEGIS
12/2019	09				
11/2019	09	TURBIDEZ			
10/2019	10	COR APARENTE			
09/2019	30	CLORO RESIDUAL			
08/2019	11	KOLIF. TOTAIS			
07/2019	16	E. COLI			
MEDIA:	14				

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: C/SCOLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
C/2005 PARÂMETROS CONFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
C/2005 PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO TOTAL (R\$)

9 M3 44,08

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	44,08	1,65	0,73
COPINF	44,08	7,60	3,35

VENCIMENTO: 25/02/2020

TOTAL A PAGAR: 44,08

MENSAGEM:

NOVA NÃO POSSUI DÉBITO DE 2019, EXCETO
LÍQUIDAÇÃO FATURA EM CORRREÇÃO

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Cobertura (se for diferente de cobertura): ☐ DAME (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou RJL: _____ CPF da vítima: 028.666.524-79 Nome completo da vítima: Alcil José de Araújo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) CIRCULAR SUSEP Nº 486/2012

Nome completo: Alcil José de Araújo CPF: 028.666.524-79
 Profissão: Desempregado Endereço: Rua Euclides Rodrigues Maciel Número: 35 Complemento: _____
 Bairro: Cohab Cidade: Surubacem Estado: PE CEP: 55580-000
 e-mail: renatomalheiros@outlook.com Telefone: (81) 99543-4534

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

RECEITA MENSAL:
☐ R\$ 0,00 INFORMAR ☐ ATÉ R\$ 2.000,00 ☐ R\$ 2.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 4.000,00 ☐ R\$ 4.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 6.000,00 ☐ R\$ 6.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 8.000,00 ☐ R\$ 8.001,00 ATÉ R\$ 9.000,00 ☐ R\$ 9.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ SEM RENDA

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

☐ CONTA POUPEANÇA (destinada para a poupança. Assinale uma opção:
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (342)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 0659 9 CONTA: 0084763 1
Informe o dígito verificador Informe o dígito verificador Informe o dígito verificador Informe o dígito verificador

Autopag: a seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de acordo com a documentação, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT. O valor a ser creditado será informado após a efetivação do crédito, quantia total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impedido de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):
☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
 Pelo motivo exposto, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, com o intuito de, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme art. 6º da Lei nº 3.847/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prova conclusiva com a futura avaliação médica de periciação ou de perícia de contagem de dias decorrentes de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Seporado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Data de falecimento com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou herdeiros (ou herdeira)? ☐ Sim ☐ Não Se tinha herdeiros, informar quantos: _____
 Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarão sua condição, incluindo o(s) filho(s) ou descendente(s) não verificado(s) pelo Poder Judiciário, a partir da data da morte, de acordo com o artigo 286 do Código Penal.

Local e Data: Recife, 03/03/2020
 Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura: _____
 Assinatura de quem assina o RODO: _____
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____
 Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS
 1ª Nome: Edson Silva da Silva CPF: 052.309.704-97
 Assinatura: _____
 2ª Nome: Edson Silva da Silva CPF: 052.309.704-97
 Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não habilitado deverá escolher outra pessoa habilitada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 02 (dois) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 073ª CIRCUNSCRIÇÃO - SIRINHAÉM - DP73ªCIRC
DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0163000736**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/12/2017** às **15:57**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **3/12/2017** às **15:30**

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE SIRINHAEM, 01, PE-61 - ESTRADA DE AVER O MAR - SIRINHAÉM
-PE - Bairro: CENTRO - SIRINHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOSE PHIERRY DA SILVA (AUTOR \ AGENTE)
ALIEL JOAÉ DE ARAUJO (VITIMA)
CLEISSON MONIEL OLIVEIRA DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): CLEISSON MONIEL OLIVEIRA DOS SANTOS
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE PHIERRY DA SILVA

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

ALIEL JOAÉ DE ARAUJO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LINDINALVA ZACARIAS DE ARAUJO Pai: JOSE AMARO DE ARAUJO Data de Nascimento: 9/3/1980 Naturalidade: SIRINHAEM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5641184/SDS/PE (RG), 02866652479 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: ESTUDANTE Telefones Celulares: - 993251193

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE SIRINHAEM, 01, RUA ALIRIO RODRIGUES MACIEL - N-35 - COHAB - SIRINHAÉM -PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SIRINHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL

CLEISSON MONIEL OLIVEIRA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA LUISA OLIVEIRA DOS SANTOS Pai: ISRAEL ANTONIO DOS SANTOS Data de Nascimento: 18/2/1986 Naturalidade: RIO FORMOSO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 06724962404 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: MOTORISTA Telefones Celulares: - 991460839

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE SIRINHAEM, 01, RUA ALDENIS FERREIRA DE BRITO - COHAB - SIRINHAÉM -PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SIRINHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL

JOSE PHIERRY DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: DEJANETE ANUNCIADA DA SILVA Pai: ISMAEL JOSE DA SILVA Data de Nascimento: 11/10/1996 Naturalidade: SIRINHAEM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7997679/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO Profissão: MECANICO Telefones Celulares: - 989110997

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

MOTO1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSE PHIERRY DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE PHIERRY DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PFE1552 (PERNAMBUCO/IPOJUCA) Renavam: 283644540 Chassi: 9C2KD0550BR532812

Ano Fabricação/Modelo: 2011/2011 Combustível: ALCO/GASOL

MOTO2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): CLEISSON MONIEL OLIVEIRA DOS SANTOS, que estava em posse do(a) Sr(a): CLEISSON MONIEL OLIVEIRA DOS SANTOS

Categoria/Marca/Modelo: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PFH1369 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 258238666 Chassi: 9C2KD0550BR500515

Ano Fabricação/Modelo: 2010/2011 Combustível: ALCO/GASOL

Complemento / Observação

INFORMA O SRS, CLEISSON E ALIEL, QUE NO DOMINGO DIA 03/12/2017 QUANDO VOLTAVA DA PRAIA DE AVER O MAR NA PE-61- PILOTANDO A MOTO PLACA PFH-1369, QUANDO UMA OUTRA MOTO PILOTADA PELA PESSOA DE PHIERRY DE PLACA - PFE-1552, ENCOSTOU NA MOTO DAS VITIMAS EMPURRANDO A MOTO PILOTADA POR CLEISSON COM OS PÉS ONDE O CLEISSON PERDEU O CONTROLE DA MOTO CAINDO E CAUSANDO ARRANHÕES NAS PERNAS DIREITA E ESQUERDA, NO PÉ ESQUERDO E DOIS BRAÇOS E NO ABDOMEN DE CLEISSON E EM ALIEL CAUSOU ESCORIAÇÕES NO JOELHO, COTOVELO ESQUERDO E MÃOS, APOS O ACIDENTE O CAUSADOR EVAUDIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO AS VITIMAS.FATO PRESENCIADO POR KELINGTON BENEDITO DAS NEVES , RESIDENTE NO ENGENHO BURAEM, NESTA CIDADE.

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

ALIEL JOAÉ DE ARAUJO
(VITIMA)

CLEISSON MONIEL OLIVEIRA DOS SANTOS
(VITIMA)

JOSE PHIERRY DA SILVA
(AUTOR \ AGENTE)

B.O. registrado por: MARIO JULIO DO REGO FILHO - Matrícula: 1345758

Mário Júlio
COMISSÁRIO DE POLÍCIA
MAT. 134.757-B

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Cobertura (se for diferente de cobertura): ☐ DAME (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou RJL: _____ CPF da vítima: 028.666.524-79 Nome completo da vítima: Alcel Jari de Araújo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) CIRCULAR SUSEP Nº 486/2012

Nome completo: Alcel Jari de Araújo CPF: 028.666.524-79
 Profissão: Desempregado Endereço: Rua Euclides Rodrigues Maciel Nº 35 Complemento: -
 Bairro: Cohab Cidade: Summaeum Estado: PE CEP: 55580-000
 e-mail: rematamalheiros@outlook.com Telefone: (81) 99543-4534

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

RECEITA MENSAL:
☐ R\$ 0,00 INFORMAR ☐ ATÉ R\$ 2.000,00 ☐ R\$ 2.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 4.000,00 ☐ R\$ 4.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 6.000,00 ☐ R\$ 6.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 8.000,00 ☐ R\$ 8.001,00 ATÉ R\$ 9.000,00 ☐ R\$ 9.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ CONTA POUPEIRA (destinada para a poupança. Assinale uma opção):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (342)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (informar o dígito verificador) (informar o dígito verificador)

AGÊNCIA: 0659 9 CONTA: 0084763 1
 (informar o dígito verificador) (informar o dígito verificador)

Autopag: a seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de acordo com a documentação, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, de acordo com o valor recebido e devido, desde que o beneficiário não tenha sido beneficiário de outro sinistro.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impedido de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Para motivo relacionado ao processo de pagamento da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, desde que, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões pessoais decorrentes do acidente de trânsito, conforme art. 6º da Lei nº 3.847/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prova de contumácia com a futura avaliação médica de referência ao prazo de contestação, caso ocorra de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Seporado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Outro do beneficiário com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Filhos: _____ Vítima deixou nascituro (ou nascido)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a quem beneficiário que se apresentar e provar sua condição, incluindo o direito de que qualquer em caso de declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 288 do Código Penal.

Local e Data: Recife, 03/03/2020.

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina o RODO

Assinatura de vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
 1ª Nome: Edson Silva CPF: 052.309.704-97
 2ª Nome: Edson Silva CPF: 062.463.494-77

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não autorizada devesse escolher outra pessoa autorizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 02 (dois) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Rio de Janeiro, 12 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200158836

Vítima: ALIEL JOSE DE ARAUJO

Data do Acidente: 03/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALIEL JOSE DE ARAUJO

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\$ 337,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: ALIEL JOSE DE ARAUJO

Valor: R\$ 337,50

Banco: 237

Agência: 000000659-9

Conta: 0000084763-1

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 28 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200158836

Vítima: ALIEL JOSE DE ARAUJO

Data do Acidente: 03/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALIEL JOSE DE ARAUJO

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



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

08/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALIEL JOSE DE ARAUJO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00659-9

CONTA: 000000084763-1

Nr. Autenticação

BRDESCO080520200500000000002370065900000008476333750 PAGO

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legíveis e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: ALIEL JOSE DE ARAUJO

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteiro

Identidade: 5641184

CPF: 028.666.524-79

Profissão: Desempregado

Endereço: Rua Euclides Rodrigues Maciel, 35 – COHAB – Sirinhaém - PE

CEP: 55580-00

Telefone: (81) 99543-4554

OUTORGADO:

Nome: Renato Cesar Malheiros Cavalcanti

Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil: Solteiro

Identidade: 6162609 SSP/PE

CPF: 039.232.004-55

Profissão: Advogado

Endereço: Av. Bernardo Vieira de Melo, 1551, S/Nº Sala 01 – Térreo Piedade - PE

CEP: 54410-010

Telefone: (81) 99543-4554

Peio presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima 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 seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários Junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima ALIEL JOSE DE ARAÚJO.

Sirinhaém, 03 de março de 2020

Assinatura do OUTORGANTE

TESTEMUNHA *Amazaty Ferraz*

TESTEMUNHA *Sergio maushe de prazls*



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0123683/20

Vítima: ALIEL JOSE DE ARAUJO

CPF: 028.666.524-79

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 03/12/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALIEL JOSE DE ARAUJO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI : 039.232.004-55

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

ALIEL JOSE DE ARAUJO : 028.666.524-79

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/04/2020
Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI
CPF: 039.232.004-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/04/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

JULIANA BEZERRA DE LUNA



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



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1823803841

NOME
ADELMO JOSE DOS SANTOS



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
6852894 SSP PE

CPF
052.309.704-21

DATA NASCIMENTO
02/10/1982

FILIAÇÃO
ANTONIO IZIDIO DOS SANTOS
JOSEFA MENDES DA SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AE

Nº REGISTRO
04159397240

VALIDADE
17/05/2024

1ª HABILITAÇÃO
08/08/2007

OBSERVAÇÕES
CETCP
EAR

ADELMO JOSE DOS SANTOS

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CABO DE SANTO AGOSTINHO, PE

DATA EMISSÃO
20/05/2019

Roberto Carlos Moreira Fontelles
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

91808148513
PE092343139

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR

1823803841

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

NOME

EDSON BISPO DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

7476022 SDS PE

CPF

065.463.494-77

DATA NASCIMENTO

29/01/1988

FILIAÇÃO

JOSE JERONIMO DA SILVA

EDILEUSA MARIA DA SILVA

A

PERMISSÃO



ACC



CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO

06768398964

VALIDADE

29/03/2021

1ª HABILITAÇÃO

26/12/2016

OBSERVAÇÕES

EAR

Edson Bispo da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

RECIFE, PE

DATA EMISSÃO

27/12/2017

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

04545187790

PE083511938

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1560094764

PROIBIDO PLASTIFICAR

1560094764

REGISTRO
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

10.708.543

DATA DE
EXPEDIÇÃO

16/11/2017

<< ANA BEATRIZ FERREIRA >>

FILIAÇÃO

<< JOÃO BATISTA FERREIRA >>

<< MARIA JOSÉ DA SILVA >>

NATURALIDADE

SIRINHAÉM - PE

DATA DE NASCIMENTO

18/02/2001

DOC. ORIGEM

<< CN. 32.818 L.A29 F.250 CART.

10DIST.SIRINHAÉM-PE 01.03.2001 >>

CPF

080.503.914-77

DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL
GÉRTIL
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

07R62

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BUELL



POLEGAR DIREITO



Ass. B. Cruz 12/12/00

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ALGISTRO
GERAL

4.713.271

DATA DE
EXPEDIÇÃO

06/10/2016

KNOW

>> SÉRGIO MAURILIO DOS PRAZERES >>

FILIAÇÃO

<< MAURILIO FRANCISCO DOS PRAZERES >>

<< ROSA MARIA DOS SANTOS >>

NATURALIDADE

PRECISE - PE

DATA DE NASCIMENTO

21/09/1972

DOO ORIGEM

CC CN.2622 L.A03 F.57V CABRT.OLINDA-

PE 16.01.1992 >>

975

896.259.354-87

AND P. WILSON C. G. ALCOCK, JR.

Delegado do Polícia Federal

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

11604006-2010125859-20B3425

F-74 30.4581

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL



07R62



POLEGAR DIREITO



Sergio Mendes dos Paes

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0123683/20

Vítima: ALIEL JOSE DE ARAUJO

CPF: 028.666.524-79

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 03/12/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALIEL JOSE DE ARAUJO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI : 039.232.004-55

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

ALIEL JOSE DE ARAUJO : 028.666.524-79

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/04/2020
Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI
CPF: 039.232.004-55

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/04/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200158836 **Cidade:** Sirinhaém **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALIEL JOSE DE ARAUJO **Data do acidente:** 03/12/2017 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO DO JOELHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DESBRIDAMENTO- PAG 12) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

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 RESIDUAL DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

Resumo de Alta Hospitalar

PACIENTE: ALIEL JOSÉ DE ARAÚJO

REGISTRO: 100239

IDADE: 37

DATA ADMISSÃO: 03/12/2017

DATA ALTA: 04/12/2017

1) Diagnósticos Definidos:

FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO ESQUERDO

2) Conduta/ Procedimentos Realizados:

DESBRIDAMENTO + SUTURA

3) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

4) Informações Complementares:

1) MANTER MEMBRO ELEVADO DURANTE REPOUSO

2) RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 2 SEMANAS

3) USAR MEDICAÇÕES PRESCRITAS

4) CURATIVO DIÁRIO EM POSTO DE SAÚDE

5) RETIRAR PONTOS EM 2 SEMANAS

Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X) Data da Consulta: ___/___/2017
Não ()

Encaixe no Ambulatorio de ortopedia em 2 semanas

Francisco Ferreira
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 124

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



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de retorno ambulatorial no HDH.

HPH 531906
 HDH

UNIC (Hospital & Municipal)

Sem lesões traumáticas
 trauma psicológico - Idade - 44 anos

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente: Eliel Gomes Duarte
 Data de Nascimento: 1/1/48 Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino
 Nome da Mãe: Linda Mal de Jesus
 Endereço: Rua Hoelides Rodrigues COH B
 Cidade: Sirinhaém Telefone:

Unidade de Origem: Clínica Márcia de Lima Filho
 Diagnóstico/Especialidade: Traumatologia de Urgência

Hipótese Diagnóstica (H-D): Paciente de Motocicleta com lesões traumáticas no tórax e abdômen, com fratura de costela e lesão no fígado.
 Resumo do Caso: 207 Pos com deformidade com fratura das costelas.

Exames Realizados (Data e Resultado): Exame físico e radiológico constatando fratura de costela e lesão no fígado.
 Trauma psicológico

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO SOLICITANTE

Data: 03/12/18
 Assinatura, Carimbo e CRM: Maria Wanderley
 NEFRO - UTI - MI
 CRM 3967

AGENDAMENTO PARA:

Especialidade: _____
 Data da Consulta: ____/____/____ Senha: _____ Horário: _____

CONTRA-REFERÊNCIA (Preenchimento EXCLUSIVO do HMMOMGL)

- | | |
|---|---|
| ☐ Identificação Incompleta/Não Preenchida
☐ Sem Hipótese Diagnóstica
☐ Sem Identificação do Solicitante
☐ Sem Assinatura e/ou Carimbo do Médico
☐ Letra ilegível | ☐ Ficha com encaminhamento de profissional não
☐ Outros: _____ |
|---|---|

Conduta: ☐ Retorno à unidade de origem ☐ Alta Médica ☐ Tratamento Interno

Médico Responsável: _____
 Assinatura, Carimbo e CRM

Resumo de Alta Hospitalar

PACIENTE: ALIEL JOSÉ DE ARAÚJO

REGISTRO: 100239

IDADE: 37

DATA ADMISSÃO: 03/12/2017

DATA ALTA: 04/12/2017

5) Diagnósticos Definidos:

FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO ESQUERDO

6) Conduta/ Procedimentos Realizados:

DESBRIDAMENTO + SUTURA

7) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

8) Informações Complementares:

- 1) MANTER MEMBRO ELEVADO DURANTE REPOUSO
- 2) RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 2 SEMANAS
- 3) USAR MEDICAÇÕES PRESCRITAS
- 4) CURATIVO DIÁRIO EM POSTO DE SAÚDE
- 5) RETIRAR PONTOS EM 2 SEMANAS

Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X) Não ()

Data da Consulta: __/__/2017

Encaixe no Ambulatorio de ortopedia em 2 semanas

Francisco Ferreira
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 25123

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



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de retorno ambulatorial no HDH.

Fisioterapia

Data do atendimento: ____/____/____

Paciente:

ALIEL JOSÉ DE ARAÚJO

Solicito Fisioterapia motora

Indicação clínica:

FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO ESQUERDO

Nº vinte (20) sessões

Cabo de Santo Agostinho, 4 de dezembro de 2017

Francisco Ferreira
Ortopedia e Traumatologia

Atestado Médico

Paciente: **ALIEL JOSÉ DE ARAÚJO**

Atesto para os devidos fins que o(a) paciente acima nominado(a) foi atendido(a) neste serviço no dia 03/12/2017.

Necessitando de 15 (QUINZE) dias de afastamento de suas atividades laborais e/ou escolares.

Cabo de Santo Agostinho, 4 de dezembro de 2017.

Francisco Ferreira
Ortopedia e Traumatologia

A Resolução nº 1.658/2002 do Conselho Federal de Medicina, em seu artigo 9º, estabelece:

"Os médicos somente podem fornecer atestados com diagnósticos codificados ou não quando por justa causa, exercido de dever legal, solicitação do próprio paciente ou de seu representante legal.

Parágrafo único. No caso da solicitação de diagnóstico, codificado ou não, ser feita pelo próprio paciente ou seu representante legal, esta circunstância deverá estar expressa no atestado."

Portanto, o médico não está obrigado a colocar o diagnóstico ou CID-10 no atestado médico, salvo pelas razões supracitadas.

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
04/12/17	<i>Otopexia</i> Pct evoluindo bem, olhando e sem queixas PO: s/flojos ENV: preservado CB: Alto
04/12/17	Paciente em T: DPO de sutura de ferida em Joelho E, em C GB, com xixi apontado pondo, hidratado, eufórico, afetivo, boa aparência da pele v.c, eliminação (+), medicado (PM, dados as orientações para cuidados em casa, melhora alta

**GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO**

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: JOÃO CARLOS LIMA Data: 23/12/17 Hora: 23:15 Registro: 120117
Convênio: PR Leito: 10 Pac: 10 Altura: 1,70

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: DR. CARLOS Anestesiista: DR. CARLOS
Auxiliar: DR. CARLOS 2º Auxiliar: DR. CARLOS Instrumentador: DR. CARLOS

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: PROLAPTO EXTENSÃO DEBILITANTE Início: 23:20 Término: 00:00
Anestesia: PR Início: 23:15 Término: 00:00

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

Estado Geral: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Grave
Nível de Consciência: ☒ Orientado ☒ Consciente ☐ Sonolento ☐ Coma
Respiração: ☒ Espontânea ☐ Entubado ☐ Traqueostomizado
Intubação: ☐ Sim ☒ Não
Chegou no CC em uso de: VENTILADOR

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

Posição: Fowler ☐ Lateral ☐ Dorsal ☒ Ventral ☐ Ginecológica ☐
Banco de Sangue ☐ Laboratório ☐ Radiologia ☐ Peça Cirúrgica: Sim ☐

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso ☐	Monitor Cardíaco ☐	PNi ☐	Bomba CEC ☐	Aspirador ☐
Colchão Térmico ☐	Bisturi Ultrassônico ☐	Artroscópio ☐	Microscópio ☐	Capnógrafo ☐
Bisturi Elétrico ☐	Local da Placa ☐			
Carro de Anestesia ☐	Difusor ☐	Intensificador ☐		
Ap. Vídeo ☐	Bomba de Infusão ☐		Nº ☐	
Oxigênio ☐	Início ☐	Término ☐		
Protóxido ☐	Início ☐	Término ☐		
Gás Carbônico ☐	Início ☐	Término ☐		
Outros: ☐				

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Cânula Orotraqueal: ☐	Sim ☐	Não ☒		Punção Venosa: ☐	Sim ☐	Não ☐
Sonda Vesical de Demora: ☐	Sim ☐	Não ☒		Sonda Gástrica: ☐	Sim ☐	Não ☐
Curativo (Tipo e Local): ☐	Sim ☐	Não ☒	<u>PR</u>			

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: PR CIRURGIA: PR

6 - OBSERVAÇÕES:

SEM INTERFERÊNCIA

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: ☐	Acordado ☒	Narcose ☐	Entubado ☐	Traqueostomizado ☐
Encaminhado para: ☐	SRPA ☒	S. Intensiva ☐	LICOR ☐	UTI ☐
				Aptº ☐
				Residência ☐

Data: 23/12/17 Hora: 00:00 Enfermeira: PR Circulante: PR



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: Dr. João de Jesus Data: 03/12/17 Registro: 100239
Convênio: 111 Leito: Hora: 20:00

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. João de Jesus 1º auxiliar:
Anestesista: Instrumentador: Lidiane
Circulante:

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
	HDH-CHE-FFS 30.11.17 02 07.12.17 1242	
	HDH-CHE-FFG 29.11.17 01 06.12.17 1232	
	HDH-CHE-FFS 02.12.17 01 09.12.17 1248	
	HDH-CHE-TB 30.11.17 01	
	HDH-CHE-FFS 08.12.17 01	
	HDH-CHE-FFS 08.12.17 01	
	HDH-CHE-FFS 08.12.17 01	
	HDH-CHE-FFS 08.12.17 01	

MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

PACIENTE: <u>Maria José de Almeida</u>		DATA: <u>02/11/12</u>	
CIRURGIÃO: <u>Dr. Carlos</u>		RG: <u>10-229</u>	
ANESTESISTA: <u>Dr. Carlos</u>		AUXILIAR: <u>Dr. Carlos</u>	
CIRURGIÃO: <u>Dr. Carlos de Extremos</u>		ANESTESIA: <u>Dr. Carlos</u>	
ESTRUMENTADOR: <u>Dr. Carlos</u>		COORDENAÇÃO DO BLOCO: <u>Dr. Carlos</u>	
CIRCULANTE: <u>Dr. Carlos</u>		COREN: <u>Dr. Carlos</u>	
ENFERMEIRA: <u>Dr. Carlos</u>		HORÁRIO INICIAL: <u>12:15</u>	
		HORÁRIO FINAL: <u>14:00</u>	

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
AGULHAS			
13X4,5	25X7	25X8	40X12
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27
ATADURAS			
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
RESSADA 10CM	RESSADA 15CM	RESSADA 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	CONEXÃO 2VIAS	CONEXÃO 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	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
FIOS CIRÚRGICOS			
ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDÍACA
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/OSSE	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	ACO 1	ACO 4	ACO 6

CÓD. 38407



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: 100239

Nome: ALIEL JOSE DE ARAUJO

Mãe: LINDINALVA ZACARIAS DE ARAUJO

End.: COHAB

Enferm.: LEITO 1

Atendimento: 407909

Leito: 634

Dt. Cad: 3/12/2017

Dt. Nasc: 9/3/1980

Bairro: POVOADO DE SANTO AMARO

Cidade: SIRINHAEM

CNS: 706206564376563

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?
Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas?

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

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

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- ☐ Sim
- ☐ Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

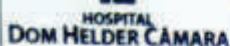
- ☐ Sim
- ☐ Não se aplica

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)
- ☐ Biópsias estão identificadas com o nome do paciente
- ☐ Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido
- ☐ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente

Ruana Cereja
Enfermeira
COREN-PE 513837



Nome: _____		Registro: _____	Leito: _____
Procedimento Cirúrgico: _____		Data: _____	Hora: _____
DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS	
1. Ansiedade	☒ Encorajar verbalização dos sentimentos e medos ☐ Proporcionar apoio emocional ☐ Dar informação ao paciente e familiares ☐ Outros		
2. Ventilação prejudicada ()	☐ Manter decúbito elevado ☐ Aspirar vias aéreas superiores de ___/___ h ☐ Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz ☒ Manter o paciente em posição de fowler ☐ Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR ☐ Instalar ☐ manter ☐ Anotar oximetria de pulso ☐ Outros		
3. Padrão de eliminação urinária () Diminuído () Aumentado	☐ Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ___/___ h ☐ Estimular eliminação por meios físicos (ligar torneira, compressas frias no abdômen). ☐ Colocar o paciente em posição de Fowler ☒ Orientar o aumento da ingestão hídrica ☐ Registrar-se: () Dor ao urinar () Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea ☐ Outros		
4. Dor () Local: _____ () Leve () Moderada () Severa	☐ Verificar qual posição adequada do paciente no pós anestésico ☐ Avaliar a localização e a intensidade da dor ☐ Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação ☐ Identificar fatores desencadeantes da dor ☐ Registrar características e intensidade da dor ☐ Outros		
5. Integridade tissular prejudicada ()	☐ Descrever características da lesão ☐ Realizar curativo de ___/___ h ☐ Realizar mudança de decúbito de ___/___ h ☐ Medir decúbito de dreno de ___/___ h ☒ Manter curativo oclusivo por ___h ☐ Outros		
6. Sangramento () Local: _____ () Leve () Moderado () Severo	☐ Aferir pressão arterial de ___/___ h ☐ Manter decúbito: _____ ☒ Realizar curativo compressivo ☐ Outros		
7. Imobilidade no leito prejudicada ()	☐ Pinçar dreno ao transportar paciente ☐ Avaliar mobilização do dreno (Tracionado) ☐ Manter repouso no leito em posição: ☐ Outros		

Exame Físico:

Fervimento em joelho rx.

Antecedentes Pessoais:

Medicações em Uso

Antecedentes Familiares:

Hipótese Diagnóstica Principal:

Fervimento extenso em joelho rx

Hipóteses Diagnósticas Secundárias

Plano Terapêutico:

Internamento p/ 1^o mês

Cabo de Santo Agostinho, 03.12.17

Assinatura e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES / PE
Hospital Metropolitano Sul - Dom Hélder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE

Dr. Henrique P. de Lencastre
Clínica de Hematologia
CRM-PE 15.828/2008 12.10

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia: 33990 Sala: 0002 SALA 02
Paciente: 100239 ALIEL JOSE DE ARAUJO Atendimento: 407909
Convênio Atend.: 1 SUS - INTERNACAO Carteira:
Leito: 634 LEITO 1 Idade: 37 Anos
Dt. Início: 03/12/2017 23:30 Dt. Fim: 04/12/2017 00:06

Id Pré-Operatório:

Id Pós-Operatório:

Procedimentos

Procedimento: 0401010058 EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 12 SEDACAO + ANESTESIA LOCAL

Equipe Médica

CIRURGIAO 23416 CLOVIS DE MEDEIROS BEZERRA

Descrição

Descrição Cirúrgica:

FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO ESQUERDO
CD LIMPEZA + DESBRIDAMENTO + SUTURA

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL
2. ASSEPSIA E CAMPOS;
3. LIMPEZA CIRURGICA + DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADO EM JOELHO ESQUERDO
4. APROXIMAÇÃO DA PELE COM NYLON 2.0
5. CURATIVOS

Descrição Complementar

Achados Cirúrgicos:

16
Dr. Clovis M. Bezerra
Ortopedia / Traumatologia
CRM 23416

DR(A): CLOVIS DE MEDEIROS BEZERRA
CRM: 23416

Solange Lyra
Faturamento / SAME
Em: 08 DEZ 2017

04/12/17 Joelho (E) 2
HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA

HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação:

Nome: Wlhelmo José de Araújo Registro: 100233 Nº Atendimento: _____

Idade: 37 Sexo: M Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não

Clinica: SAFARI Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração:

Ferrimento perfurante em Joelho
ingressando no osso de coxa e de muita

História da Doença Atual: _____

Interrogatório Sintomatológica: _____

ALTERAÇÃO DE CADASTRO

Prontuário: 100239

Paciente: ALIEL JOSE DE ARAUJO

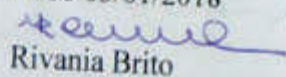
Pai: JOSE AMARO DE ARAUJO

Cadastro aberto com dado incorreto Pai: JOSE AMAARO DE ARAUJO, pelo usuário: JACICLEIDE BEZERRA DE OLIVEIRA em 03/12/2017.

Justificativa:

Tendo em vista a solicitação de correção feita pelo paciente apresentando documento de identidade nº 5641184 SSP PE foi procedida a referida alteração.

Cabo 03/01/2018



Rivânia Brito

Coordenadora do Same / Faturamento

HDH-Hospital Dom Helder
Rivânia Brito
Coordenadora SAME/Faturamento

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 28, CEP: 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho – PE

HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA

Atendimento: 407898
Data e Hora: 03/12/2017 19:36

Senha da Classificação: 0041

Paciente: 100239 ALIEL JOSE DE ARAUJO Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 09/03/1980 Idade: 37 anos Convenio: 2 SUS/SJA AMB/URG
Nome da Mãe: LINDINALVA ZACARIAS DE ARAUJO Nome do Pai: JOSE AMAARO DE ARAUJO
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: JACIEL SOARES DE OLIVEIRA CRM: 17726
Endereço: COHAB Bairro: POVOADO DE SANTO AMARCO
Cidade/UF: SIRINHAEM PE
RG (Identidade): 5641184 SSP PE
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Data de Emissão: Fone: 35771156
Cartão SUS: 706206564376563 Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Paciente vítima de acidente de moto há 2 hrs, apresentando lesões com trauma em tórax e membros superiores de longo do eixo.

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

Conduta Terapêutica

Sol. N

Prescrição Médica

ATENDIDO

Ceftriaxona 100mg + SF 0.9% 100ml
Clotrimazol 1g + AD 0.5

Dr. Luciano L. P. Medico
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: 03/12/2017 19:32

Nome Paciente: ALIEL JOSE DE ARAUJO
Cód. Paciente: 100239
Data de Nascimento: 09/03/1980
Sexo: Masculino
Idade: 37
Senha: 0041
Convênio: 2 - SUS/SIA AMB/URG
Atendimento: 407898 
SAME:

Período: 03/12/2017 19:40 - 03/12/2017 19:40

VANESSA AVILA GUERRA - COREN: 000443560 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGENCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACT ENCAMINHADO DE SIRINHAEM COM SENHA 5311906, VITIMA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO LESÃO IMPORTANTE EM JOELHO E. HAS - DM- NEGA ALERGIA.

Programa sintoma: TRAUMA

Discriminador(es):
- FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO
- DOR MODERADA (4-7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: VANESSA AVILA GUERRA - COREN: 000443560 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 04/12/2017 15:09

Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 407909
Usuário do Atendimento: JAZIANEBO

Data e Hora do Atendimento: 03/12/2017 19:48
Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: ALIEL JOSE DE ARAUJO
Nome da Mãe: LINDINALVA ZACARIAS DE ARAUJO
Data do Nascimento: 09/03/1980 Idade: 37 anos Sexo: MASCULINO
Estado Civil: SOLTEIRO RG: 5641184 SSP PE Data Emissão:
CPF: Certidão de Nascimento: Data Emissão:
Naturalidade: Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO
Carteira Nacional SUS: 706206564376563 Ocupação Habitual: APOSENTADO
Endereço: COHAB POVOADO DE SANTO AMARO
Cidade: SIRINHAEM PE CEP: 55580000 Fone: 35771156

DADOS DO ATENDIMENTO

Atendimento: PM SIRINHAEM
Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA CRM: 17726
Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Acomodação: BLOCO CIRURGICO - RPA Leito: LEITO 1

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Cabo de Santo Agostinho, 03/12/2017

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Indicações de Alta: Medicadas
Diagnóstico: Lesão de tendão patelar
Procedimento: Osteotomia
Alta em: 04/12/2017 Hora: 9:35
Médico e C.R.M.:
Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____
Assinatura e R.G.: _____

HDM-Hospital Dom Helder Câmara
Moanna Kalliny
Arquivista
SAME/Faturamento

Solange Fyfe
Faturamento SAME
03 DEZ 2017

CCIH
Hospital Dom Helder Câmara
11/12/17

ALTERAÇÃO DE CADASTRO

Prontuário: 100239

Paciente: ALIEL JOSE DE ARAUJO

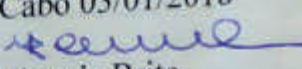
Pai: JOSE AMARO DE ARAUJO

Cadastro aberto com dado incorreto Pai: JOSE AMAARO DE ARAUJO, pelo usuário: JACICLEIDE BEZERRA DE OLIVEIRA em 03/12/2017.

Justificativa:

Tendo em vista a solicitação de correção feita pelo paciente apresentando documento de identidade nº 5641184 SSP PE foi procedida a referida alteração.

Cabo 03/01/2018


Rivania Brito

Coordenadora do Same / Faturamento

HDH-Hospital Dom Helder
Rivânia Brito
Coordenadora SAME/Faturamento

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 28, CEP: 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho – PE



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA

ATENDIMENTO AMBULATORIAL - EGRESSO



Atendimento: 410665

Especialidade: ORTOPEdia/TRAUMATOLOGIA

Data e Hora: 19/12/2017 07:42

Paciente: 100239 ALIEL JOSE DE ARAUJO

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 09/03/1980 Idade: 37 anos

Convenio: 2

SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: LINDINALVA ZACARIAS DE ARAUJO

Nome do Pai: JOSE AMAARO DE ARAUJO

CRM: 13783

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CAI

Bairro: POVOADO DE SANTO AMAR

Endereço: COHAB

Cidade/UF: SIRINIAçu

PE

Usuário Atendimento: ANDERSONFMS

RG (Identidade): 5841184

SSP PE

Data de Emissão:

Fone: 35771156

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Data de Emissão CRN:

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

HDA - HISTORICO DA DOENÇA ATUAL

Paciente no 16º DPO de ferimento
no joelho (E)

EXAME FISICO

Temperatura: ()

Pressão Arterial: ()

Peso: ()

Altura: ()

Outros: ()

Fo e/ pequena area aberta.

SOLICITAÇÃO PARA CONSULTA DE RETORNO

Data do Retorno: _____

Hora do Retorno: _____

Médico do Retorno: _____

Observações: _____

manter curativo

Gabriel Soares
Ortopedia/Traumatologia
CRM 17.726
Médico

HDM - Hospital Dom Helder Câmara
Rafael Patrício Ferreira
Faturamento/SAME
Data: 20-DEC-2017

OBS: Ao final da consulta encaminhar essa ficha para o atendimento (recepção). Caso a solicitação de retorno seja preenchida o setor ambulatorial de egresso fará o agendamento tipo 2 (Retorno).

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
 CONSELHO SECCIONAL DE PERNAMBUCO
 IDENTIDADE DE ADVOGADO

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

RENATO
ELINASSO JOAQUIM CAVALCANTI
AUREA MALHEIROS CAVALCANTI

RECIFE-PE

0102808 - SSP/PE
004208 DE BRIGADE 1 101000
NÃO

DATA DE NATURALIZAÇÃO
20/11/1981

030 232 004-55
01 13/04/2012

BRUNO DE MOURA
PRESIDENTE

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 10324578

USO OBRIGATORIO
RENTAR E CANCELAR PARA TODOS OS FINS LEGAIS
ART. 11 DA Lei nº 8.369/94

RENATO CESAR M. CAVALCANTI

RECIFE-PE

0102808 - SSP/PE
004208 DE BRIGADE 1 101000
NÃO

DATA DE NATURALIZAÇÃO
20/11/1981

030 232 004-55
01 13/04/2012

BRUNO DE MOURA
PRESIDENTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BURIL

07R-62



POLEGAR DIREITO



ANALFABETO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CAIXA DA IMPRESSÃO DO BRASIL

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

5641184

DATA DE
EXPEDIÇÃO

27.05.1996

NOME

ALIEL JOSE DE ARAUJO

FILIAÇÃO

Jose Amaro de Araujo
Lindinalva Zacarias de Araujo

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

Sirinhaém-PE

09.03.1980

DOC ORIGEM

C.N.5.816 L.36-A-5 F.298v 1º

Cart.de Sirinhaém-PE

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/86



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF – CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

ALIEL JOSE DE ARAUJO

Nº de Inscrição

028666524-79

Data do Nascimento

09/03/80



Este documento é o comprovante de Inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS – CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura

ALIEL JOSE DE ARAUJO

**S
E
R
P
R
O**

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 17/08/96