



20/07/2020

Número: **0023085-80.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.162,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALIEL JOSE DE ARAUJO (AUTOR)		RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A (REU)			
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (REU)			
CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64926576	20/07/2020 13:33	ANEXO 1	Outros (Documento)

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Benito César M. Cruzante inscrito (a) no CPF 031.232.041 / 55 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Adriano José de Almeida inscrito (a) no CPF sob o Nº 026.666.5241 / 99 do sinistro de DPVAT cobertura 100% Coberto da Vitima Adriano José de Almeida inscrito (a) no CPF sob o Nº 026.666.5241 / 99 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>R. Benedito Vieira de Melo</u>		Número <u>1551</u>	Complemento <u>Alameda de Fátima</u>
Bairro <u>Piedade</u>	Cidade <u>Joazeiro do Piauí</u>	Estado <u>PE</u>	CPF <u>54460-000</u>
Email <u>benito@benito.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>—</u>		Telefone celular (DDD) <u>(71) 99543-4554</u>

Recup. 03 de maio de 2020
Local e Data

Benito César M. Cruzante
Assinatura do Declarante

DLDR 001 V001/2017



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:	ALICE JOSE DE ARAUJO
Cod. Paciente:	100239
Data de Nascimento:	09/01/1980
Sexo:	Masculino
Idade:	37
Senha:	0041
Convênio:	2 - SUS SIA AMBULATO
Atendimento:	407898 
SAME:	

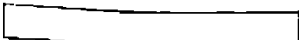
Período: 03/12/2017 19:40 - 03/12/2017 19:40

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

Prioridade

URGENCIA - AMARELO

Crit

 AMARELO

Queixa Principal

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

Tratamento sintoma
(disseminado)

TRAUMA

FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO

DOR MODERADA (4-7/10)

Especialidade

ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA

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

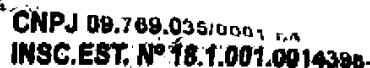
Data Impressão: 04/12/2017 15:09

Página 1 de 1

Assinatura com Classificação de Risco

Scanned with CamScanner





GALLERIA DELLE FOTO DELLA MIA CARICA - INFERNO A 500 - CENTRO SINI

07-05-1966-20-11-407-31-11-1966



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

☐ INVALIDIZ PERMANENTE ☐ INVALIDIZ TEMPORARIO ☒ INVALIDIZ PERMANENTE ☐ MORTE

028-666-524-79 Avel José de Araújo
028-666-524-79
Avel José de Araújo
Assinatura: Luiz Eduardo Rodrigues Maciel
CPF: 35580-100
Remetente: aveljose@outlook.com

☒ INVALIDIZ PERMANENTE ☐ INVALIDIZ TEMPORARIO ☐ MORTE
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DE INDENIZAÇÃO - **INSCRIÇÃO DE DEBITO**
☒ CONTA CORRENTE ☐ CONTA DE POUPEIRAS
Nome do Banco: Bradesco
Agência: 0659 ☐ CONTA: 0004703

☒ INVALIDIZ PERMANENTE ☐ INVALIDIZ TEMPORARIO ☐ MORTE
DECLARAÇÃO DE LAUDO DO IAT - **INSCRIÇÃO DE DEBITO**
DECLARAÇÃO DE LAUDO DO IAT - **INSCRIÇÃO DE DEBITO**

☒ INVALIDIZ PERMANENTE ☐ INVALIDIZ TEMPORARIO ☐ MORTE
DECLARAÇÃO DE UNICOS BENEFICIÁRIOS - **INSCRIÇÃO DE DEBITO**
DECLARAÇÃO DE UNICOS BENEFICIÁRIOS - **INSCRIÇÃO DE DEBITO**

☒ INVALIDIZ PERMANENTE ☐ INVALIDIZ TEMPORARIO ☐ MORTE
TESTEMUNHAS
1º Nome: Avel José de Araújo
CPF: 35580-100
2º Nome: Luiz Eduardo Rodrigues Maciel
CPF: 35580-100

☒ INVALIDIZ PERMANENTE ☐ INVALIDIZ TEMPORARIO ☐ MORTE
DECLARAÇÃO DE UNICOS BENEFICIÁRIOS - **INSCRIÇÃO DE DEBITO**
DECLARAÇÃO DE UNICOS BENEFICIÁRIOS - **INSCRIÇÃO DE DEBITO**



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA 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 VITIMA NÃO FATAL - Deloso (Consumado) que aconteceu no dia
3/12/2017 às 15:30

Data ocorrido: 03/12/2017 - Local: MUNICIPIO DE SIRINHAEM, 01 - PE-61 - ESTRADA DE AVER O MAR - SIRINHAEM
-PE - BAIRRO: CENTRO - SIRINHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOSE PHIERRY DA SILVA (AUTOR - AGENTE -)
ALIEL JOAE 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 direta (SR) do CLEISSON MONIEL
OLIVEIRA DOS SANTOS
VEICULO - (usado na geração da ocorrência) - que estava em posse direta (SR) do JOSE PHIERRY DA
SILVA

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

ALIEL JOAE 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/SOS/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/SOS/PE (RG): Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º - GRAU INCOMPLETO Profissão: MECANICO Telefones
Celulares:
989110997



Endereço Residência: MUNIC: RIO DE SIRINHAEM - 01 - RUA GASOAR DRUMONT, N: 286- CAVOCO - SIRINHAÉM - PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SIRINHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL

Qualificação dos imputados e envolvidos(s)

MOTO1 (VEICULO) de propriedade de Sr(a): JOSE PHIERRY DA SILVA, que estava em posse de 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) - Ano/Fabricação: 2011/2011 - Combustível: ALCO/GASOL

MOTO2 (VEICULO) de propriedade de Sr(a): CLEISSON MONIEL OLIVEIRA DOS SANTOS, que estava em posse de 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) - Ano/Fabricação: 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 PE 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 BURAÉM, NESTA CIDADE.

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

ALIEL JOAE DE ARAUJO
(VITIMA)

CLEISSON MONIEL OLIVEIRA DOS SANTOS
(VITIMA)

JOSE PHIERRY DA SILVA
(AUTOR/ AGENTE)

Assinado por: MARIO JULIO DO REGO FILHO - NÚMERO: 1345758

Mário Júlio
COMISSÃO DE POLÍCIA
Nº 134 757 11





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

☐ INVALIDIZ PERMANENTE ☐ INVALIDIZ TEMPORARIO ☒ INVALIDIZ PERMANENTE ☐ MORTE

028-666-524-79 Avel José de Araújo
028-666-524-79
Avel José de Araújo
Assinatura: Luiz Eduardo Rodrigues Maciel
Cidade: Fortaleza
Email: avelm@outlook.com
028-666-524-79
028-666-524-79
028-666-524-79

☒ INVALIDIZ PERMANENTE ☐ INVALIDIZ TEMPORARIO ☐ MORTE
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DE INDENIZAÇÃO - **INVALIDIZ PERMANENTE**
☒ CONTA CORRENTE ☐ CONTA DE POUPEIRAS
Nome do Banco: Bradesco
Agência: 0659 ☐ CONTA: 0004703 ☐

☒ INVALIDIZ PERMANENTE ☐ INVALIDIZ TEMPORARIO ☐ MORTE
DECLARAÇÃO DE LAUDO DO IML - **INVALIDIZ PERMANENTE**
DECLARAÇÃO DE LAUDO DO IML - **INVALIDIZ PERMANENTE**
DECLARAÇÃO DE LAUDO DO IML - **INVALIDIZ PERMANENTE**

☒ INVALIDIZ PERMANENTE ☐ INVALIDIZ TEMPORARIO ☐ MORTE
DECLARAÇÃO DE UNICOS BENEFICIÁRIOS - **INVALIDIZ PERMANENTE**
DECLARAÇÃO DE UNICOS BENEFICIÁRIOS - **INVALIDIZ PERMANENTE**
DECLARAÇÃO DE UNICOS BENEFICIÁRIOS - **INVALIDIZ PERMANENTE**

☒ INVALIDIZ PERMANENTE ☐ INVALIDIZ TEMPORARIO ☐ MORTE
TESTEMUNHAS
1º Nome: Luiz Eduardo Rodrigues Maciel
CPF: 028-666-524-79
2º Nome: Luiz Eduardo Rodrigues Maciel
CPF: 028-666-524-79

☒ INVALIDIZ PERMANENTE ☐ INVALIDIZ TEMPORARIO ☐ MORTE
ASSINATURA: Luiz Eduardo Rodrigues Maciel
ASSINATURA: Luiz Eduardo Rodrigues Maciel

☒ INVALIDIZ PERMANENTE ☐ INVALIDIZ TEMPORARIO ☐ MORTE
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 20/07/2020 13:33:56
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072013335606500000063715566
Número do documento: 20072013335606500000063715566





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de 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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 15730194



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

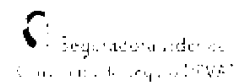
Nr. Autenticação

BRADESCO080520200500000000002370065900000008476333750 PAGO



Num. 64926576 - Pág. 12

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

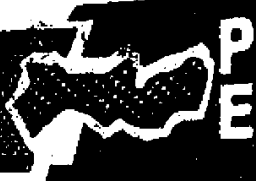
Data do cadastramento: 27/04/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

JULIANA BEZERRA DE LUNA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
AUTOMOTIVA NACIONAL DE HABILITACAO



ANTONIO JOSE DOS SANTOS



— DOG. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF —
6852894 SSP PE

— CPF —
052.309.704-21

— DATA NASCIMENTO —
02/10/1982

— FILIAÇÃO —
**ANTONIO IZIDIO DOS SAN
TOS
JOSEFA MENDES DA SILVA**

— PERMISSÃO —
00000000000000000000

— ACC —
00000000000000000000

— CAT. HABILITACAO —
AE

— NÚMERO DE REGISTRO —
04159397240

— VALIDADE —
17/05/2024

— 1ª HABILITACAO —
08/08/2007

— OBSERVAÇÃO —
**CETCP
EAR**



REPUBLICA NACIONAL DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAGÃO
 CARTERA NACIONAL DE HABITAGÃO

EDSON RISO DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
 7475022 SDS PE

DATA NASCIMENTO
 065.403.434-77 22/01/1988

JOSE ARNONIMO DA SILVA

EDILEUSA MARIA DE SILVA

PROFISSÃO
 ADMINISTRADOR

ESTADO CIVIL
 SOLTEIRO

CAT. HABITAGÃO
 AB CR

REGISTRO
 06704398264

VÁLIDADE
 29/03/2021

1ª HABITAGÃO
 26/12/2026

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
 ENDEREÇO: RUA ... Nº ...
 CIDADE: ... ESTADO: ...

DATA DE EMISSÃO
 27/11/2017

ASSINATURA DO TITULAR

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1560094764

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1560094764

QUA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

008.543

DATA DE
EXPEDIÇÃO

16/11/2017

<< ANA BEATRIZ FERREIRA >>

<< O F. 15TA FERREIRA >>

<< SE DA SILVA >>

SIRINHEM - PE

DATA DE
18/

00000000

<< CN. 32.813 L.A29 F.250 CAR

1001ST.SIRINHEM-PE 01.03.2001 >>

CPF

080.503.914

ASSINATURA DO DIRETOR

15/11/2016 DE 29/08/83



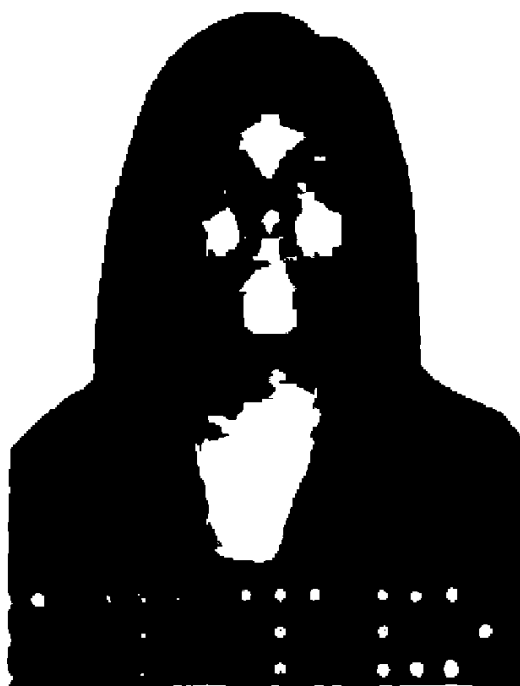
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

07R0

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

CPF: 000.000.000-00

07/07/2020



ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



2171

DATA DE EXPEDIENTE 06/10/2019

FRANCISCO DOS PRADERES >>

FRANCISCO DOS PRADERES >>

FRANCISCO DOS PRADERES

DATA DE NASCIMENTO

21/09/1972

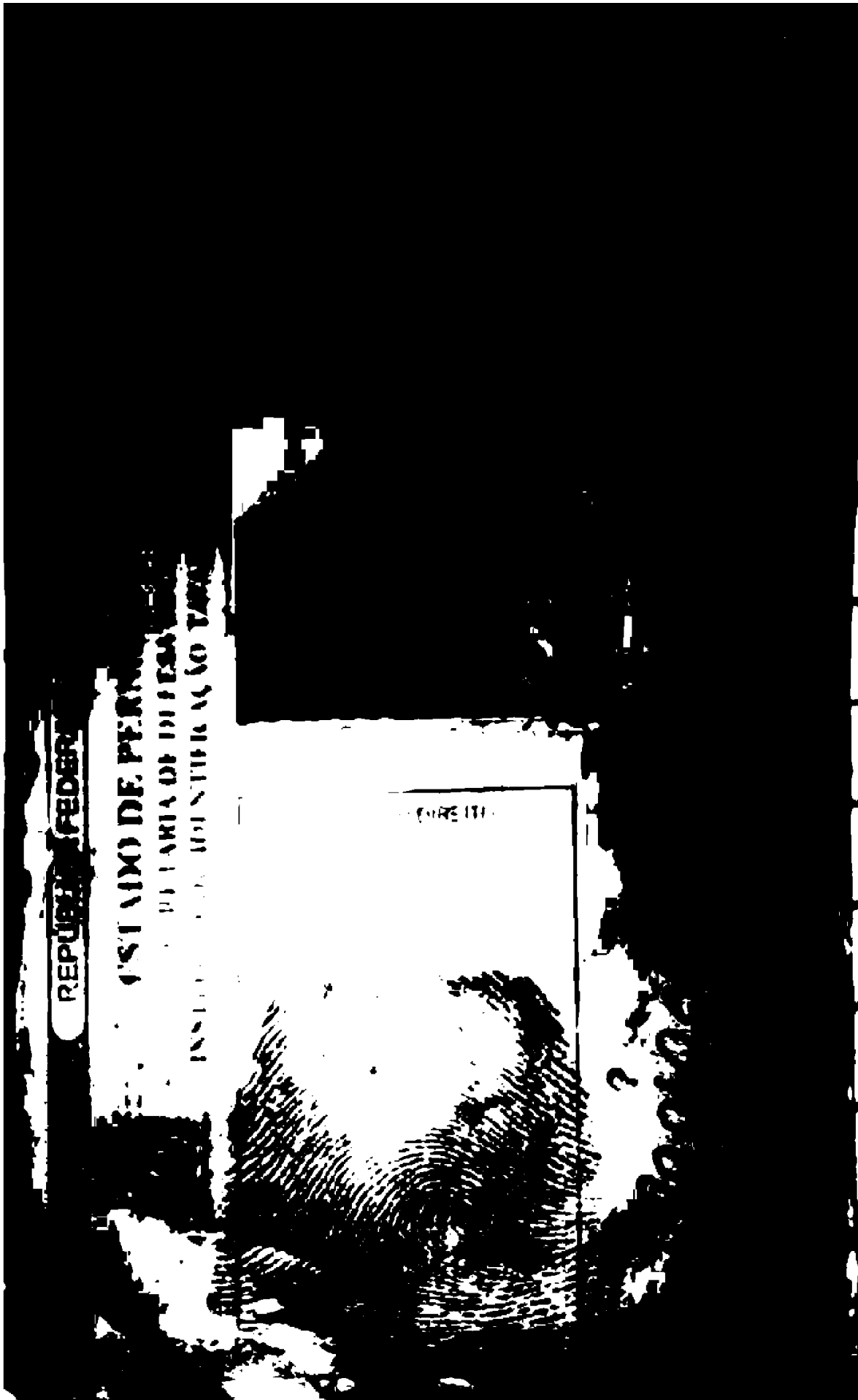
2622 LAOS F. OLINDA

Assinatura do Diretor

Assinatura do Diretor

Assinatura do Diretor

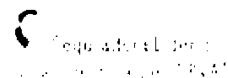




Scanned with CamScanner



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



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 (DESTRIDAMENTO- 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:
DESTRIDAMENTO + SUTURA

3) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

4) Informações Complementares:

- 1) MANTER MEMBRÃO 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 Ambulatório 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

Franco de Castro
Ortopedia e Traumatologia
2017



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de
retorno ambulatorial no HDH:

Resumo de Alta Hospitalar

PACIENTE: ALIEL JOSÉ DE ARAUJO

RÉGISTRO: 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 RÉPOUSO
- 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

Antonio Ferreira
Traumatologia
Ortopedia

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.





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.

A Residência Médica 2007, 3. (Cirurgia - Especial de Medicina em seu âmbito) - Especialidade
O(a) médico(a) acima poderá fornecer atestado de afastamento de trabalho quando do(a) caso clínico de caráter legal
concedido ao paciente a fim de que o(a) mesmo(a) possa
Parágrafo único: No caso de urgência de diagnóstico, o(a) médico(a) poderá fornecer o(a) atestado de afastamento de trabalho
concedido ao paciente a fim de que o(a) mesmo(a) possa
Parágrafo único: O(a) médico(a) não poderá fornecer o(a) atestado de afastamento de trabalho quando do(a) caso clínico de caráter legal
concedido ao paciente a fim de que o(a) mesmo(a) possa

Fisioterapia

Data do atendimento: 11/11/17

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

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____

Register

Clinica: _____ Enfermería: _____

1948

Data/Hora	
04/12/11	107 contagem de ovos coletados em 10/12/11 107 ovos coletados em 10/12/11 107 ovos coletados em 10/12/11 107 ovos coletados em 10/12/11
04/12/17	Pinheiro em fogueira de natureza de fogo em 10/12/17 em 10/12/17, comumente apontado por de, indistinto, supõe típico, nos aspectos de data vs, simétrico, 1/2 medido (por, alguns) os aumentos por de em casa, melhor etc



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

1 - IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Data: _____ Hora: _____ Registro: _____
Convênio: _____ RGO: _____ Pa: _____ Assinatura: _____

2 - EQUIPE MÉDICA

Cirurgião: _____ Anestesiologista: _____
Auxiliar: _____ 2º Auxiliar: _____ Instrumentador: _____

3 - DADOS DA CIRURGIA

Cirurgia: _____ Início: _____ Término: _____
Anestesia: _____ Início: _____ Término: _____

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

Estado Geral: _____
Nível de Consciência: () Bom () Regular () Grave
Respiração: () Orientado () Consciente () Sono-ento () Coma
Circulação: () Espontânea () Entubado () Traqueostomizado
Chegou no CC em uso de: () Sim () Não

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

Posição: Fowler () Lateral () Dorsal () Ventral () Ginecológica ()
Banco de Sangue: () Laboratório () Radiologia () Peça Cirúrgica S-m ()

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso () Monitor Cardíaco () PNI () Bomba CEC () Aspirador ()
Coçador Térmico () Bisturi Ultrassônico () Artroscópio () Microscópio () Capnógrafo ()
Bisturi Elétrico () Local da Peça ()
Carro de Anestesia () Dipnômetro () Intensificador ()
Ap. Vídeo () Bomba de Infusão ()
Oxigênio () Início: _____ Término: _____
Protótipo () Início: _____ Término: _____
Gás Carbônico () Início: _____ Término: _____
Outros: _____

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Cânula Orotraqueal: Sim () Não ()
Sonda Vesical de Demora: Sim () Não ()
Sonda Nasal (Tipo e Local): Sim () Não ()
Curativo (Tipo e Local): Sim () Não ()
Punção Venosa: Sim () Não ()
Sonda Gástrica: Sim () Não ()

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: _____ CIRURGIA: _____

6 - OBSERVAÇÕES:

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: _____ Marcado () Entubado () Traqueostomizado ()
Encaminhado para: SRPA () B. Intensiva () UICOR () UTI () Apf ()
Data: 22/07/2020 Hora: 14:30 Enfermeiro: _____ Cirurgião: _____

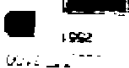
IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: _____ Data: ____/____/____ Registro: _____
Convênio: _____ Centro: _____

2. Equipe médica

Cirurgião: _____ Auxiliar: _____
Anestesiologista: _____ Instrumentador: _____
Circulante: _____

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	
	9	
	10	
	11	
	12	
	13	
	14	
	15	
	16	
	17	
	18	
	19	
	20	
	21	
	22	
	23	
	24	
	25	
	26	
	27	
	28	
	29	
	30	
	31	
	32	
	33	
	34	
	35	
	36	
	37	
	38	
	39	
	40	
	41	
	42	
	43	
	44	
	45	
	46	
	47	
	48	
	49	
	50	
	51	
	52	
	53	
	54	
	55	
	56	
	57	
	58	
	59	
	60	
	61	
	62	
	63	
	64	
	65	
	66	
	67	
	68	
	69	
	70	
	71	
	72	
	73	
	74	
	75	
	76	
	77	
	78	
	79	
	80	
	81	
	82	
	83	
	84	
	85	
	86	
	87	
	88	
	89	
	90	
	91	
	92	
	93	
	94	
	95	
	96	
	97	
	98	
	99	
	100	



MATERIAL DE SALA CIRURGICA

DATA:
RG:

PACIENTE:

CIRURGIÃO:

ANESTESISTA:

CIRURGIÃO:

ESTRUMENTADOR:

CIRCULANTE:

ENFERMEIRA:

AUXILIAR:

ANESTESIA

COORDENADOR DO BLOCO

COREN:

HORARIO INICIAL

HORARIO FINAL

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

AGULHAS			
13X4.5	25X7	25X8	10X15
CARDIOPLEGICA	STIMPLEX	RAQUI 21	RAQUI 27
ATAÇURAS			
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
SSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM	
CANULAS			
AQUEOST 7.0	TRAQUEOST 7.5	TRAQUEOST 8.0	TRAQUEOST 8.5
JEOST 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	PISANGUE	PISORO 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 PI 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. PRESSÃO

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

DRENOS			
CHER 5	CHER 7	CHER 12	CHER 14
CHER 17	SUCCÃO 12	SUCCÃO 4.5	SUCCÃO 6.4
ALAKPE 10EP	ELAKPE 24EP	TORAX 25	TORAX 26
TORAX 20	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 CIRURGICOS			
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 5-0
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	CERA P/OSMO	MARCAPASSO	VALVULA
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	ACO 1	ACO 4	ACO 8

GGD 38407



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Av. da Maré, 100 - Jd. Maré, 20.720-000
MIRASSOL, RJ
FONE: (21) 2411-1000

Clínica Cirúrgica e de Especialidades
Av. da Maré, 100 - Jd. Maré
FONE: (21) 2411-1000

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 138129

Nome: Antônio José de ARAÚJO

Mãe: JÚLIANA VAZARIAS DE ARAÚJO

Idade: 10 ANOS

Exame: LEITÃO

Atendimento: 41304

Clínica Cirúrgica

Dr. Nelson de Azevedo

Unidade CIRÚRGICA DE SANTO AMARDO

Cidade: PINHEIROS

Telefone: (21) 2554-1000

Leito: 134

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

☐ Confirmação sobre o paciente:

- Identificação do paciente
- Local da cirurgia a ser feita
- Procedimento a ser realizado
- Consentimento informado realizado

Ha risco de via aerea difícil / broncoaspiração?

- ☐ Não
- ☐ Sim e ha equipamento disponível

- ☐ Site cirurgico do lado correto / ou não se aplica
- ☐ Checagem do equipamento anestésico
- ☐ Oxímetro de pulso instalado e funcionando

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

- ☐ Não
- ☐ Sim e ha equipamento disponível

O paciente tem alguma alergia?

- ☐ Não
- ☐ Sim

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

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

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- ☐ Sim
- ☐ Não se aplica

- ☐ Antecipação de eventos críticos:
- ☐ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas?

Exames de imagem estão disponíveis?

- ☐ Sim
- ☐ Não se aplica

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

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

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 anestesiologista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente

Ruana Cereja
Enfermeira
COREN-PE 51383

Scanned with CamScanner

 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE BLOCO CIRÚRGICO		
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	

Scanned with CamScanner



Exame Físico

Antecedentes Pessoais

Medicações em Uso

Antecedentes Familiares

Hipótese Diagnóstica Principal

Hipóteses Diagnósticas Secundárias

Plano Terapêutico

Cabo de Santo Agostinho, 03/12/17

Assinado 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

Assinado e Carimbo
Assinado e Carimbo
Assinado e Carimbo

Scanned with CamScanner



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
MV 2000 - Sistema de Centro Cirurgico e Obstetrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Pagina 0001
Data 04/12/2017
Hora 07:34

Atendimento Cirurgico 13990 Sala 0002 - ALA 02
Paciente 100299 NIE, JOE F DE ARAUJO
Convênio Atend SUS - INTERNACAO
Lado 634 LEMO
O.R. Inicio 03/12/2017 13:30:12 Fim 04/12/2017 06:06

Atendimento 407909
Carteira
Idade 37 Anos

Id Cirurgião

Id Fim Operatório

Procedimento 0401610088

EXCISAO DE LESAO EM SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUcosa (PRINCIPAL

Convênio 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia 12

SEDACAO + ANESTESIA LOCAL

CIRURGIAO

23416 CLOVIS DE MEDEIROS BEZERRA

Indicação Cirúrgica

FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO ESQUERDO
CD LIMPEZA + DESBRIDAMENTO + SUTURA

DESCRIÇÃO CIRURGICA

1. PACIENTE EM DECUBITO 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:

DR(A) CLOVIS DE MEDEIROS BEZERRA
CRM 23416

Dr. Clovis M. Bezerra
Ortopedia Traumatologia
CRM 23416

Solange L. V.
Faturamento/SAJE
Emit: 08 DEZ 2017

04/12/17 Joelho (e) 2

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA

Scanned with CamScanner

HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR Registro 10000000000000000000 Assinatura ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Idade 35 Sexo M Estado Civil C Data de Nascimento 10/03/1985 Data de Admissão 20/07/2020
Endereço Av. ... Entremão ... CEP ...

Doença Principal e Duração

História da Doença Atual

Interrogatório Sintomática

ALTERAÇÃO DE CADASTRO

Prontuário: 100239

Paciente: ALBERTO JOSE DE ARAUJO

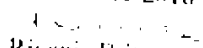
Pai: JOSE AMARO DE ARAUJO

Cadastro aberto com dado incorreto Pai: JOSE AMARO DE ARAUJO, pelo usuário JACIELLE 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

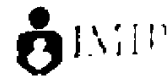
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco – SES / PE
Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar
Hospital Metropolitano Sul - Dom Helder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 28 CEP: 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho – PE

Scanned with CamScanner





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



0041

Atendimento: 407898

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

Senha de Classificação

Paciente: 100239 ALIEL JOSE DE ARAUJO Sexo: M
Data do Nascimento: 09/03/1941 Idade: 76 anos Convênio: 10000000000000000000
Nome da Mãe: LINDINALVA DE ARAUJO Nome do Pai: EMERSON DE ARAUJO
Estado Civil: Casado Nome do Médico: CARLOS EDUARDO DE ARAUJO CRM: 10000000000000000000
Endereço: CARIACI Bairro: CARIACI
Cidade/UF: SP/SP Usuário Atendimento: JACQUELINE
RG (Identidade): 5641194 Data de Emissão: 05/07/2017 Fone: 011-3071-1000
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Data de Emissão CRN:
Cartão SUS: 706206564376563

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Paciente vítima de acidente de moto há 2 dias, apresentando dor constante em joelho e região da coxa.

Exame Físico

História Diagnóstica

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

ATENDIDO

Cetoprofeno 100mg + SF 200 100mg
Lidocaina 1% + SF 100

Dr. Luciano L. ...
Médico
Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

Scanned with CamScanner



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:	ALICE JOSE DE ARAUJO
Cod. Paciente:	100239
Data de Nascimento:	09/01/1990
Sexo:	Masculino
Idade:	37
Senha:	0041
Convênio:	2 - SUS SIA AMBULATO
Atendimento:	407898 
SAME:	

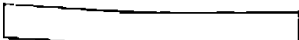
Período: 03/12/2017 19:40 - 03/12/2017 19:40

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

Prioridade

URGENCIA - AMARELO

Crit

 AMARELO

Queixa Principal

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

Tratamento sintoma
(disseminado)

TRAUMA

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

Página 1 de 1

Assinatura com Classificação de Risco

Scanned with CamScanner



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 407909
Usuário do Atendimento: JACIANEBO

Data e Hora do Atendimento: 03/12/2017 14:49
Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: ALIEL JOSE DE ARAUJO

Prontuário: 100389

Nome da Mãe: LINDINALVA ZACARIAS DE ARAUJO

Nome do Pai: JOSE AMAARO 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

Unidade: 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: *Fratura de fêmur direito*
Procedimento: *Fixação com placa e parafusos*
Alta em: *04/12/17* Hora: *9:30*
Médico e C.R.M.:
Responsável pela retirada do paciente - Nome:
Assinatura e R.G.:

HCM-Hospital Dom Helder Câmara
Moanna Kaliny
Assistente
SAME/Internamento

Antônio Yve
Faturamento SAME
03/12/2017

CGIH
Sistema de Informação em Saúde
Hospitalar



ALTERAÇÃO DE CADASTRO

Prontuário: 100239

Paciente: ALIEL JOSE DE ARAUJO

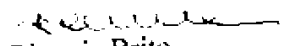
Pat: JOSE AMARO DE ARAUJO

Cadastro aberto com dado incorreto Pat: JOSE AMARO DE ARAUJO, pelo usuário JACIELLE DE 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

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco – SES / PE
Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar
Hospital Metropolitano Sul - Dom Heider Câmara
Rodovia BR 301 Sul - KM 28, CEP: 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho – PE

Scanned with CamScanner





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CÂMARA
ATENDIMENTO AMBULATORIAL - EGRESSO



Atendimento: 410665

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

Especialidade: 02

Paciente: 100239 ALIEL JOSE DE ARAUJO

Sexo: M

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

Convênio: 01

Nome da Mãe: LINDINA VAZACARIAS DE ARAUJO

Nome do Pai: SEBASTIAO DE ARAUJO

RM: 15180

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: DR. NARCISO RAMOS DE OLIVEIRA

Endereço: 00000

Cidade: SANTO AMAR

Endereço: 00000

Cidade/UF: SANTO AMAR/MA

DE

Usuário Atendimento: 100239

RG (Identidade): 0841164

SSN: 000000000

Data de Emissão: 01/01/2017

Função: 00000

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 00000000000

Data de Emissão CRN: 01/01/2017

CRN (Certidão de Registro de Nasc): 00000000000

HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL

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

EXAME FÍSICO

Temperatura: 36,4°C

Pressão Arterial: 120/80 mmHg

Peso: 70 kg

Altura: 1,70 m

Outros: FC e pequena aritmia.

SOLICITAÇÃO PARA CONSULTA DE RETORNO

hora do Retorno: 08:00

Data do Retorno: 20/12/2017

Médico de Retorno: 00000000000

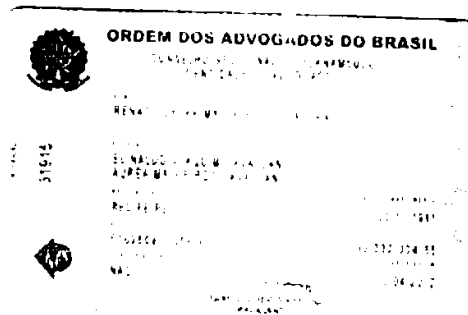
Observações: 00000000000

retorno curativo

Dr. NARCISO RAMOS DE OLIVEIRA
CRM: 17.726
Médico

Dr. NARCISO RAMOS DE OLIVEIRA
CRM: 17.726
Médico

HCH - Hospital Dom Helder Câmara
Rafael Patrício Ferreira
Faturamento/Saúde
Data: 19/12/2017

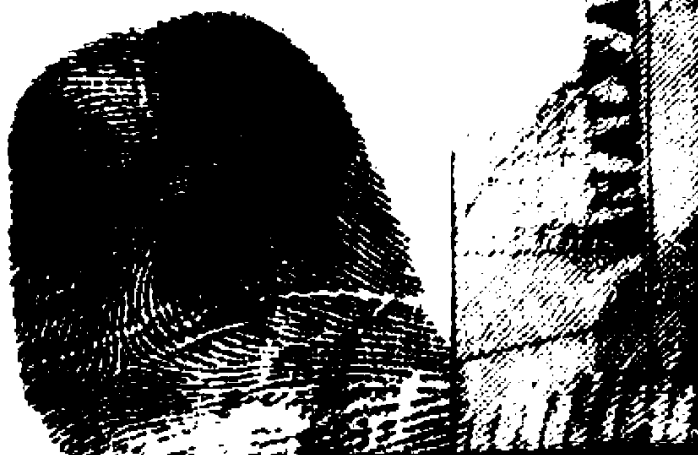


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES RORIL

07R-62



ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CRAB 10.000.000.000.000

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

5641184

NOME

ALIEL JOSE DE ARATU

FILIAÇÃO

Jose Amaro de
Lindinalva Z...

NATURALIDADE

Sirinhaém-AP

DO OUTRIGEM

C.N.O.

Cast. de Sirinhaém

CPF

LE





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

ALIEL JOSE DE ARAUJO

Nº de Inscrição

028666524-79

Data de 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 : 17/08/2020

