

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	633.036.714-00	Sebastião José da Silve	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:			CPF: 633.036.714-00
Profissão:	Endereço:	Número: 590	Complemento:
Bairro: Sítio lagoa	Cidade: Riachos das Almas	Estado: PE	CEP: 55120-000
E-mail:	Tel.(DDD): (81) 986903340		

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA). (81) 996604706

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco 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:  
 Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

MORTE	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data, <u>Recife 09.04.2019</u>	TESTEMUNHAS
	Nome:	1 <sup>a</sup>   Nome: _____	
	CPF: _____	CPF: _____	
(*) Assinatura de quem assina A ROGO <u>*S. Sebastião José da Silva</u>		Assinatura _____	<b>EXCELSIOR SEGUROS</b>
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		Assinatura _____	Assinatura _____
Assinatura do Representante Legal (se houver)		Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura _____

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



**Bradesco**

**Crédito - Débito  
Crediário**



**5067 3157 7146 1200**

5067

**07/19      3211 5      0007404 7 02 00**

VÁLIDO ATÉ

AGÊNCIA

DIG.

CONTA

DIG.

MAIS

TÍPO

**elo**

**SEBASTIAO JOSE DA SILVA**

EXCELSIOR SÉGUROS  
09 MAIO 2019  
SEGURÓ DPVAT

  
GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 098<sup>a</sup> CIRCUNSCRIÇÃO - RIACHO DAS ALMAS - DP98<sup>a</sup>CIRC  
DINTER1/14<sup>a</sup>DESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0188000216**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 10/04/2019 às 10:50

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 22/3/2019 às 18:20**

Lugar ocorrido no endereço: AVENIDA JOAO SOARES DA FONSECA, 1, NA PRIMEIRA ENTRADA DO GOLDEN PARK - Bairro: VILA DA COMARCA - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JONAS FERREIRA DE ANDRADE ( AUTOR / AGENTE )  
GENI DATISTA DA SILVA ( NOTICIANTE )  
MESSIAS ( TESTEMUNHA )  
MAURICIO ( TESTEMUNHA )  
SEBASTIÃO JOSÉ DA SILVA ( VÍTIMA )

EXCELSIOR SEGUROS  
09 MAIO 2019  
SEGURO DPVAT

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JONAS FERREIRA DE ANDRADE  
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): SEBASTIÃO JOSÉ DA SILVA

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

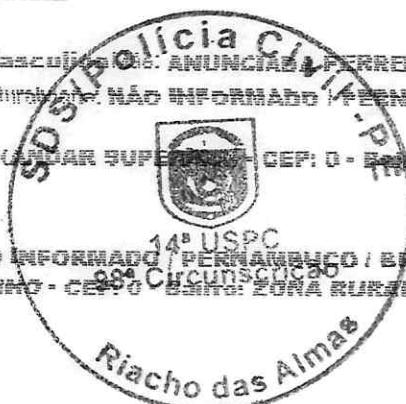
SEBASTIÃO JOSÉ DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Mãe: SEBASTIANA MARIA DE LIMA Pai: JOSÉ JOAQUIM DA SILVA Data de Nascimento: 12/12/1964 Naturalidade: BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10148742/SDS/PE (RG) - 63303671400 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Facultadade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: PEDREIRO(A) Telefone Celular: - 988660429

Endereço Residencial: BAIRRO DE ZONA RURAL DE BEZERROS, 1, SITIO ESMERA, PRÓXIMO DE ZÉ SEVERINO VIEIRAS - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL DE BEZERROS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL

JONAS FERREIRA DE ANDRADE (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Anúncio: FERREIRA DE ANDRADE Pai: LUIZ GONZAGA DE ANDRADE Data de Nascimento: 03/03/1985 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: RUA DOUTOR MANOEL BORBA, 1, CASA DO CRIADOR (APARTAMENTO) - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL

MESSIAS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: SITIO SERRA VERDE, 1, POR TRAS DO POSTO DE COINHO - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL



**MAURICIO** (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Mae: INÁCIA Pai: JOSÉ SEVERINO Naturalde: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: BAIRRO DE ZONA RURAL DE BEZERROS, 1, CASA DE SEVERINO VIOLEIRO - CEP: 0 - Bairro: ZONA RUAL DE BEZERROS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL

**GENI BATISTA DA SILVA** (presente ao plantão) - Sexo: Feminino/Mae: JOSEFA PEREIRA DA SILVA Pai: MANOEL BATISTA DA SILVA Data de Nascimento: 4/7/1967 Naturalde: GURINHIM / PARAIBA / BRASIL Documentos: 10160166/SDS/PE (RG), 92898831468 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Telefones Celulares: - 901605121

Endereço Residencial: BAIRRO DE ZONA RURAL DE BEZERROS, 1, SITIO ESMERA, PRÓXIMO ZÉ SEVERINO VIOLEIRO - CEP: 0 - Bairro: ZONA RUAL DE BEZERROS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL

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

**VEÍCULO 1 (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): SEBASTIÃO JOSÉ DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): SEBASTIÃO JOSÉ DA SILVA  
Categoria/Marca/Modelo: MOTO/CICLETA/HONDA/CG 160 FAN Objeto apreendido: NÃO  
Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PCW4113 (PERNAMBUCO/RIACHO DAS ALMAS) Renavam: 141151020 Chassi: 9C2KC2200JR008805  
Ano Fabricação/Modelo: 2017/2018

**VEÍCULO 2 (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): JONAS FERREIRA DE ANDRADE, que estava em posse do(a) Sr(a): JONAS FERREIRA DE ANDRADE  
Categoria/Marca/Modelo: CAMINHONETE/GM/S10 Objeto apreendido: NÃO  
Cor: PRATA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PCC2018 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

SEBASTIÃO JOSÉ VINHA EM SUA MOTO, NA PE 95, NO SENTIDO CUMARU-PE - RIACHO DAS ALMAS-PE. QUANDO JONAS, QUE VINHA EM SUA CAMINHONETE, NO SENTIDO CONTRÁRIO, ENTROU A ESQUERDA BRUSCAMENTE, ATRAVESSANDO NA FRETE DE SEBASTIÃO JOSÉ, QUE CHEGOU A FREIAR, MAS NÃO HOUVE TEMPO PARA PARAR, TENDO OCORRIDO A COLISÃO. A MOTO ATINGIU A LATERAL DIREITA DA CAMINHONETE. JONAS NÃO PAROU E SEGUIU NO SENTIDO DO BAIRRO GOLDEN PARK. SEBASTIÃO JOSÉ FOI SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL LOCAL, PRONTUÁRIO 00020069-7, E DE LÁ AO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, EM RECIFE-PE, DEVIDO À GRAVIDADE DOS FERIMENTOS QUE SOFREU. POSTERIORMENTE SEBASTIÃO JOSÉ FEZ DIVERSAS CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS DE DRENAGEM, COM PREVISÃO DE SEIS MESES PARA MELHORA, SEM INFORMAÇÕES SOBRE SEQUELAS.

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

*Geni Batista da Silva*

GENI BATISTA DA SILVA  
(NOTÍCIANTE)

E.O. registrado por: *Almir* ALMIR JOSE DA SILVA - Matricula: 209093-7

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	633.036.714-00	<i>Sébastião José de Sá</i>	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:			CPF:
<i>Sébastião José de Sá</i>			633.036.714-00
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
<i>Pedreiro</i>	<i>Sítio Lagoa de Esmeralda</i>	590	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
<i>Sítio Lagoa</i>	<i>Riachos das Almas</i>	PE	53120-000
E-mail:	Tel.(DDD): <i>(81) 9 9660 4706</i>		

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

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

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                    |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: *Bradesco*

AGÊNCIA:  CONTA:   
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **3211** CONTA: **07404** **7**  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco 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:  
Vivos:  Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data,

*Recife 09.04.2019*

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

*Sébastião José da Silva*

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

**EXCELSIOR SEGUROS**

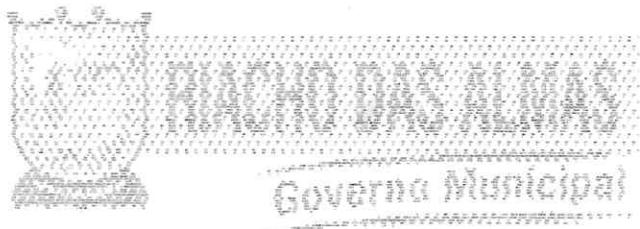
Assinatura

*09 MAIO 2019*

**SEGURO DPVAT**

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



PREFEITURA DE RIACHO DAS ALMAS – PE  
SECRETARIA DE SAÚDE  
CNPJ: 10.939.000/0001-05

Governo Municipal

## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins em atenção do (a) Sr. (a) SEBASTIÃO JOSÉ DA SILVA, CPF 633.036.714-00 e RG 10.148.742, que consta nos registros de ocorrências nº 01 do SAMU de Riacho das Almas, atendimento realizado por esse serviço ao mesmo, no dia 22 de Março 2019, às 18h e 23min, ocorrência, PE 95, colisão moto/carro, tendo sido enviado a Unidade de Suporte Básico, que prestou atendimento a vítima no local, sendo transportado para o Hospital Municipal Local.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no (a) paciente os seguintes procedimentos avaliação, imobilização e remoção.

Riacho das Almas, 03/04/2019.

Morasa Gonçalves Lestel de Oliveira  
A handwritten signature in black ink, appearing to read "Morasa Gonçalves Lestel de Oliveira".  
COREN-PE 566.887 - RIF

Coordenador Municipal da Base

EXCELSIOR SEGUROS  
09 MAIO 2019  
SEGURO DPVAT

Recebi esta Declaração do SAMU de Riacho das Almas em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



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

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

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Fis. 0005943-93 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**

GENI BATISTA DA SILVA

CPF: 928 988 314-68 NIS: 16336429602

**CLASSIFICAÇÃO**

B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NIS

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
SITIO LAGOA DA ESMERA 590

SITIO LAGOA DA ESMERA/RIACHO DAS A  
RIACHO DAS ALMAS PE  
55120-000

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
053031051	UNICA	08/03/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
08/03/2019	2010834552	3313353

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7004234256	03/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
15/03/2019	04/04/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	35,83

Consumo Ativo até 30 kWh  
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh  
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh  
Contrib. Ilum. Pública Municipal  
Multa por atraso-NF 041572680 - 10/12/18  
Multa por atraso-NF 045348075 - 07/01/19  
Juros por atraso-NF 041572680 - 10/12/18  
Juros por atraso-NF 045348075 - 07/01/19

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30,0000000	0,18693610	5,60
70,0000000	0,32048018	22,43
8,0000000	0,48069027	3,84
		2,82
		0,42
		0,27
		0,35
		0,10

EXCELSIOR SEGUROS

09 MAIO 2019

SEGURO DE VAT

TOTAL DA FATURA

35,83



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

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

LIZIANE DE OLIVEIRA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DR JOSE RUFINO BEZERRA 897 --B

CPF: 074.350.264-76

CAJA VITORIA DE SANTO ANTÃO  
VITORIA DE SANTO ANTÃO PE  
55610-010

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7022365082	02/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
26/02/2019	14/03/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	149,07

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
050204887	ÚNICA	12/02/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
12/02/2019	2014785868	5186873

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	174,0000000	0,73479853	127,85
Contrib. Ilum. Pública Municipal			16,51
Multa por atraso-NF 042632464 - 15/12/18			3,04
Juros por atraso-NF 042632464 - 15/12/18			1,87

EXCELSIOR SEGUROS  
09 MAIO 2019  
SEGURO DPVAT

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

**Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)**  
 Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

**SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35**

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Leiziane de Oliveira Silve

inscrito (a) no CPF/CNPJ 074.350.264-76, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Sebastião José da Silve inscrito (a) no CPF sob o Nº 633.036.714-00,

do sinistro de DPVAT cobertura envia lidez da Vítima Sebastião José da Silve

inscrito (a) no CPF sob o Nº 633.036.714-00, 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. José Rufino Bezerra</u>	Número:	<u>897</u>	Complemento:	<u>B</u>
Bairro:	<u>ensa</u>	Cidade:	<u>VITÓRIA</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:				CEP:	<u>55610-010</u>
				Tel.(DDD):	

Local e Data: VITÓRIA/PE 30/04/2019

Leiziane de Oliveira Silve  
Assinatura do Declarante

**EXCELSIOR SEGUROS**

**09 MAIO 2019**

**SEGURADO DPVAT**

## BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Prontuário: 00020069-7

Idade: 54 ANOS, 3 MESES E 10 DIAS

Nome: SEBASTIAO JOSE DA SILVA

Dt. Nasc.: 12/12/1964 Sexo: M Est. Civil: CASADO

Endereço: SITIO ESMERA

CEP: 55655000

Cidade: CUMARU/PE

Nac: BRASIL

Documento: CI10148742

Bairro:

Tel.:

Mãe: SEBASTIANA MARIA DE LIMA

CNS:

Sisprenatal:

Profissão:

Pai:

Responsável:

## Últimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento	EXCELSIOR SEGUROS
22/03/2019 18:39	0122460	ACIDENTE DE MOTO	09 MAIO 2019
30/07/2016 10:59	0037038	MAL ESTAR	SEGURO DPVAT

## PRE-CONSULTA

Urgência ( ) Não Urgência ( ) Emergência ( ) Acidente Trabalho ( ) Acidente Trânsito ( )

Horário	P.A.		P脉	Peso	Assinatura
-	10/70				

## Queixas / Diagnóstico

Acidente Moto

## Tratamento

- fundo de garrafa na cabeça
- dor no abdômen
- fratura fechada → braço esquerdo
- cintura, dor nas costas

- Rx: 01% Sal - muri

- Fraldas

- Beber os fríos

Linha: Nume 5646533

Após: 2h

Glasgow 12

## Exames complementares

## Impressão diagnóstica

CID

## Motivo da saída:

Residência  Internado 

## Justificativa:

Encaminhado:

Removido:

Óbito:

às \_\_\_\_ h \_\_\_\_ m do dia \_\_\_\_

<input type="checkbox"/> CURATIVO	<input type="checkbox"/> ADM MEDICAMENTO: BÁSICO <input type="checkbox"/> ESP	TÉCNICO / COREN
<input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO	

Consultas / Atendimento Médico:	MÉDICO / CRM
<input type="checkbox"/> urgência básica <input type="checkbox"/> urgência especializada	
<input type="checkbox"/> observação básica <input type="checkbox"/> observação especializada	Dra. Kátia Lima de Souza Clínica Médica HORÁRIO: 22074

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

Data saída:

Hora saída:



TERMO DE RESPONSABILIDADE

AV. PEDRO JORDÃO, 734 - MAURÍCIO DE NASSAU - FONE: (81) 3727-7250 - CEP: 55.014-320 - CARUARU - PE

**DADOS DO PACIENTE**

Nome: SEBASTIAO JOSE DA SILVA		Registro: 5387	
Nascimento: 12/12/1964	54 Anos	Sexo: Masculino	Natural: RIACHO DAS ALMAS
Identidade: 10148742	CPF: 633.036.714-00	Profissão:	
Endereço: SITIO RAMADA		Bairro: ZONA RUAL	
Cidade: RIACHO DAS ALMAS	UF	CEP: 55120000	
Filiação: SEBASTIANA MARIA DE LIMA	/ JOSE JOAQUIM DE LIMA		
Telefone: 81993058040	Celular: 0	Religião:	

**DADOS DA INTERNAÇÃO**

Médico Internação: PABLO THIAGO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE	Prontuário: 42319		
Convênio: PARTICULAR HSG	Data Internação:		
Matrícula:	Guia:	Validade Guia:	Senha:
Tipo Acomodação: Apartamento		Clínica: Cirúrgica	
Bloco: 4º ANDAR	Acomodação: APARTAMENTO 405	Leito: 405	

**DADOS DO RESPONSÁVEL**

Nome: SEBASTIAO JOSE DA SILVA		CPF: 633.036.714-00	Identidade: 10148742
Endereço: SITIO RAMADA		Bairro: ZONA RUAL	
Cidade: RIACHO DAS ALMAS		UF	Telefone: 81993058040

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

O responsável, já devidamente qualificado e abaixo assinado, declara para todos os efeitos de direito que assume plena e total responsabilidade na condição de pagador solidário e/ou principal, por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima residente e domiciliado no endereço supra mencionado, atendido e/ou internado neste Hospital.

No caso de o paciente acima mencionado ser associado a qualquer Instituição que mantenha convênio com este Hospital, seja para pagamento total ou parcial do tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial, declara para todos os fins de direito que assume integral responsabilidade por qualquer importância que não for paga ao Hospital pela Instituição conveniada, seja a que título for, incluindo atraso de pagamento em relação ao pactuado entre Instituição e o Hospital.

Declara, ainda, a validade das despesas já mencionadas até a liquidação do débito, independente de notificação prévia e em caso de inadimplência, acrescidos de juros de mora a partir da alta hospitalar, despesas de cobrança e correção pelos índices de juros bancários.

Outrossim, autoriza que as despesas que forem realizadas, seja(m) emitida(s)duplicata(s) correspondente(s) a esses valores, em nome do responsável e/ou do paciente, ficando sob a responsabilidade de qualquer dos indicados honrar o pagamento da(s) referido(s) título(s).

Fica eleito como fóro competente para dirimir eventuais dissídios decorrentes deste termo ou de qualquer procedimento realizado neste hospital, o fóro da comarca de CARUARU/PE, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais especial que seja.

**OBSERVAÇÕES GERAIS:**

Este hospital não dispõe de qualquer tipo de cofre para guarda de pertences e/ou valores de seus pacientes e/ou acompanhantes, como também nenhum funcionário do Hospital encontra-se autorizado a proceder à guarda e/ou vigilância dos mesmos, cabendo aos senhores pacientes e acompanhantes a responsabilidade única e exclusiva de guarda e, vigilância de seus pertences e/ou valores, não devendo deixá-los no apartamento quando da sua(s) ausência(s).

Caso o paciente de CONVÉNIO possua autorização de internamento em ENFERMARIA, por opção do paciente ou responsável seja solicitada a troca de acomodação por APARTAMENTO o responsável deverá se encaminhar ao setor financeiro para pagamento dela diferença no ato da internação.

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Será realizado algum outro procedimento além do que está autorizado na guia do convênio? ( ) SIM ( ) NÃO

(Caso Afirmativo Descreva:

COBERTURAS PARA ACOMPANHANTE? ( ) SIM ( ) NÃO

Caruaru, 4 de Abril de 2019.

*José Almeida L. S. dos Santos*

Fornecimento de cópia de prontuário.

*Hlmer*  
HOSPITAL MEMORIAL CARUARU S/C



## CONSENTIMENTO INFORMADO PARA TODAS AS OPERAÇÕES CIRÚRGICAS

Este é um formulário padrão de consentimento orientado para operações cirúrgicas. As informações aí contidas servem tanto para pequenas cirurgias como para grandes em pacientes com várias complicações.

Estas informações não pretendem assustá-lo, e sim lhe oferecer dados sobre todos os riscos que eventualmente possam acontecer com procedimentos cirúrgicos. Por exemplo: em muitas operações há uma possibilidade muito remota de se precisar de transfusão sanguínea, mas assim a possibilidade de de transfusão é mencionada. Esperamos que este formulário o ajude a compreender melhor eventuais acontecimentos que venham a ocorrer depois da cirurgia. Se você não entender alguma coisa, PERGUNTE.

Entendi que para evitar sangramento não devo ingerir produtos com aspirina (ácido acetilsalicílico) por 7 a 10 dias antes da cirurgia.

Reconheço que, durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais aqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico abaixo e os seus assistentes designados por ele, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional dele, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em quo o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou informado de que existem riscos significantes, como perda severa de sangue, infecção e ataque cardíaco que podem levar à morte ou à incapacidade parcial ou permanente que, podem acontecer durante o desenvolvimento de qualquer procedimento. Estou ciente que nos casos de cirurgias abertas, em que se faz uma incisão, podem ocorrer infecção, dor no local da incisão ou o aparecimento de hérnia (fraqueza ou pequena abertura da parede muscular), levando a necessidade de futuros tratamentos ou procedimentos cirúrgicos.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista dos riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

Estou ciente de que não existe garantia ou segurança absoluta referente aos resultados deste procedimento ou referente à cura da minha condição.

Autorizo a administração de anestesia por um médico anestesiologista aprovado pelo meu médico. Compreendo que toda anestesia envolve um certo risco ou complicações e possivelmente danos severos aos órgãos vitais, como cérebro, coração, pulmões, fígado e rins, que podem resultar em paralisia, ataque cardíaco e/ou morte cerebral por causas conhecidas ou desconhecidas.

Autorizo o uso de transfusões de sangue ou derivados do sangue se forem necessários e indicados pelos médicos. Estou ciente que existem doenças que podem ser transmitidas por meio destes produtos derivados

403

## FICHA DE ANESTESIA

CATEGORIA

NOME:	<i>Sem Titulo José da Silva</i>					DATA:	01/02/19	REG:
SEXO:	M	COR:	P	IDADE:	57	PESO:		ALT:
						HOSPITAL:		

P.R. OPERATÓRIA	DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Prova de Voz (E)</i>							
	HEMÁCIAS	HCTQ	HB	LEUCÓCITOS	P.A.	F.C.	TEMP.	RESPIRAÇÃO
	GRUPO SANG	TC	TS	PROTOMBINA	ANESTESIA PROPOSTA <i>Metacetafona Propano (E) com Kainol na 200 mg em 0,5 ml + Metapen T2</i>			
	GLICOSE	URÉIA	CREATININA	PROTEÍNAS				
	NA	K	CL	RESERVA ACL				
	OP-PROPOSTA <i>No Cirurgia Faringe Uva (E)</i>							
OP. REALIZADA:								ALERGIA: ANEST. ANTERIOR: PRÉ-ANESTÉSICO:

HORA	19:40	20:40	21:40	22:40	ANOTAÇÕES
O <sub>2</sub>					
N <sub>2</sub> O					
Gases					
	200	180	160	140	
	120	100	80	60	
	40	20			
	<i>21:40</i>				

AGENTES	CONC.	QUANTIDADE	TÉCNICA: Aberto - Semi-fechado - Fechado S/C - Absorção CO <sub>2</sub>			
<i>Vocetax 1/2</i>	0,25	40 cc	Otrotraqueal - Nasotraqueal - Sonda Intubação			
<i>Flucon</i>	1/2	10 cc	Posição	Local Punção	Liq. Ret.	Téc. Inj.
			<i>Pos. Pós</i>	<i>Pos. Pós</i>	<i>Aparelhos</i>	<i>Cond. Final</i>
			Resultado	Reflexo		
			Duração da Op.	Duração da Anest.		
			Monitorização	<i>EKG + rítmico + ECG</i>		
			Teste Aldrete e Koulik	MOV.	CONS	COR
						CIRC
						RESP
						S.F.

**HOSPITAL MEMORIAL SÃO GABRIEL**  
**NOTA DE SALA DE CIRURGIA**

PACIENTE	Selma de Freitas Sáiva																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
CONVÉNIO	Particular																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
ORURGÃO	DR Pablo																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
1º AUXILIAR																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
INSTRUMENTADOR	Mário																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
ANESTESIA	Riaquimor																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
REGISTRO	5387																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
DATA	04-04-15																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
PROCEDIMENTO	Trocângulo Fratura MSF																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
ANESTESISTA	D. Tasso																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
2º AUXILIAR																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
INÍCIO	10:35																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
TERMINO	10:30																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
CIRCULANTE	Sedak																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Medicamento</th> <th style="text-align: center;">Quant.</th> <th style="text-align: left;">Material Médico Hospitalar</th> <th style="text-align: center;">Quant.</th> <th style="text-align: left;">Fios de Sutura</th> <th style="text-align: center;">Quant.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Ácido Transtansíptico sol. inj. 250mg/5ml</td><td></td><td>Aiguille descartável nº</td><td></td><td>Algodão c/aiguille nº</td><td></td></tr> <tr><td>Água destilada sol. inj. 1000ml</td><td>F</td><td>Aiguille Geral</td><td></td><td>Algodão s/aiguille</td><td></td></tr> <tr><td>Água destilada sol. inj. 10ml</td><td></td><td>Aiguille para Sangue</td><td>Rodo 150</td><td>Catgut Chromic nº</td><td></td></tr> <tr><td>Atropina sol. inj. 0,04mg/ml - amp 1ml</td><td></td><td>Aiguille Peritoneal nº 18</td><td></td><td>Catgut Simplex nº</td><td></td></tr> <tr><td>Atropina sol. inj. 0,25mg/ml - amp 1ml</td><td></td><td>Algodão bala</td><td></td><td>Ativador nº</td><td></td></tr> <tr><td>Bupivacaina + Glucosa sol. inj. 0,5% - amp 4ml</td><td></td><td>Atadura grossa nº</td><td>50 cm</td><td>Fio de Aço nº</td><td></td></tr> <tr><td>Bupivacaina Isóptica sol. inj. 0,5% - amp 4ml</td><td></td><td>Cateter para Oftálmico</td><td></td><td>IOT Catetral</td><td></td></tr> <tr><td>Cefalecina sol. inj. 1g - fr/amp</td><td></td><td>Cateter para ventilação nº</td><td>76</td><td>Monocril nº</td><td></td></tr> <tr><td>Cafezolina sol. inj. 1g - fr/amp</td><td></td><td>Cara para Oso</td><td></td><td>Polyfix nº</td><td>30</td></tr> <tr><td>Cetogepfene sol. inj. 1M 50mg/ml - amp 2ml</td><td></td><td>Cateter Sistema Aberto</td><td></td><td>PDS nº</td><td></td></tr> <tr><td>Cetotetracone sol. inj. IV 100ml - fr/amp</td><td></td><td>Cateter Sistema Fechado</td><td></td><td>Prolene nº</td><td></td></tr> <tr><td>Cetoprelacol sol. inj. 30mg/ml - amp 1ml</td><td></td><td>Compressa na gaze 7,5 x 7,5</td><td></td><td>Seda nº</td><td></td></tr> <tr><td>Cetotriptipol sol. inj. 2mg/ml - amp 5ml</td><td></td><td>Dreno</td><td></td><td>VICRYL nº</td><td></td></tr> <tr><td>Cloridrato sol. inj. 150mg/ml - amp 1ml</td><td></td><td>Elevada</td><td></td><td>Fio de enceragem nº</td><td></td></tr> <tr><td>Cloreto de sódio sol. inj. 0,9% - fr 100ml</td><td></td><td>Equipo macro com injetor</td><td></td><td>Fio de Kirschner nº</td><td>3,5</td></tr> <tr><td>Cloreto de sódio sol. inj. 0,9% - fr 250ml</td><td></td><td>Equipo para hemodierálise</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Clorato de sódio sol. inj. 0,9% - fr 500ml</td><td></td><td>Esponja para desgermado</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Dexametasona sol. inj. 4mg/ml - amp 2ml</td><td></td><td>Esparradrapo</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Dextroacetamina sol. inj. 50mg/ml - TAXA</td><td></td><td>Luva estéril nº</td><td>75</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Diazepam sol. inj. 5mg/ml - amp 1ml</td><td></td><td>Máscara descartável</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Diclofenaco sol. inj. 25mg/ml - amp 2ml</td><td></td><td>Microapore</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Doxeparina sol. inj. 40mg - seringa 0,4ml</td><td></td><td>Palito</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Ecacetina sol. inj. 1mg/ml - amp 1ml</td><td></td><td>Sapatinha descartável</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Efexofenida sol. inj. 2mg - amp 1ml</td><td></td><td>Saçap nº</td><td></td><td>OPME</td><td></td></tr> <tr><td>Efexofenida sol. inj. 0,05mg/ml - TAXA</td><td></td><td>Seringa 10ml</td><td></td><td>Lata OPME</td><td></td></tr> <tr><td>Glicose sol. inj. 5% - fr 250ml</td><td></td><td>Seringa 1ml</td><td></td><td>Tela de Polivinílico</td><td></td></tr> <tr><td>Glicose sol. inj. 5% - fr 500ml</td><td></td><td>Seringa 20ml</td><td></td><td>1000 ml. Tela de Polivinílico</td><td>1000 ml.</td></tr> <tr><td>Heparina sol. inj. 5.000UI - TAXA</td><td></td><td>Seringa 3ml</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Hipofosfato de sódio sol. inj. 100mg - fr/amp</td><td></td><td>Seringa 5ml</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Hipofosfato de sódio sol. inj. 100mg - fr/amp</td><td></td><td>Seringa 10ml</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Histamina - D-pirolina sol. inj. amar 5ml</td><td></td><td>Seringa Fenda de Resistência</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Isovolempiracetam sol. inj. 0,5% C/V - TAXA</td><td></td><td>Sonda de Foley 02 vías nº</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Isoxuprilonol sol. inj. 0,5% C/V - TAXA</td><td>2000</td><td>Sonda de Foley 03 vías nº</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Iudocaína sol. inj. 250 C/V - Fr/Amp - TAXA</td><td></td><td>Sonda endotráqueal nº</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Iudocaína sol. inj. 250 C/V - Fr/Amp - TAXA</td><td></td><td>Sonda nasogástrica curta nº</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Ivermectina sol. inj. 5mg/ml - baixa 100ml</td><td></td><td>Sonda nasogástrica longa nº</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Metazolam sol. inj. 5mg/ml - amp 3ml</td><td></td><td>Sonda urétral nº</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Morfina sol. inj. 0,2mg/ml - amp 1ml</td><td></td><td>Stimuples</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Morfina sol. inj. 10mg/ml - amp 1ml</td><td></td><td>Torréteira 03 vías</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Morfina sol. inj. 1mg/ml - amp 1ml</td><td></td><td>Toalha descartável</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Motilulina sol. inj. 10mg/ml - amp 1ml</td><td></td><td>Tubo de silikon</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Motilulina sol. inj. 0,4mg/ml - amp 1ml</td><td></td><td>INFIX RUF</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Muscarina sol. inj. 0,4mg/ml - amp 1ml</td><td></td><td>CONPRESSA</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Nasogastrina sol. inj. 0,5mg/ml - amp 1ml</td><td></td><td>Isolard 24</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Omeprazol sol. inj. 20mg - amp 2ml</td><td></td><td>Pratex 40</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Propofol sol. inj. 10mg/ml - amp 2ml</td><td></td><td>Tomina nº 75</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Remifentanil sol. inj. 25mg/ml - amp 2ml</td><td></td><td>Urgodac entropédica</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Semifentanil sol. inj. 2mg - fr/amp</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Singer com Lactato sol. inj. 1L 500ml</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Succinamida sol. inj. 10mg/ml - fr/amp 10ml</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Sufivacaina sol. inj. 10mg/ml - fr/amp 10ml</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Sufivacaina sol. inj. 5mg/ml - fr/amp 5ml</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Sufentanil sol. inj. 0,001mg/ml - amp 2ml</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Suzametônio sol. inj. 100mg - fr/amp</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Tenoxicam sol. inj. 20mg - fr/amp</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Tenoxicam sol. inj. 40mg - fr/amp</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				Medicamento	Quant.	Material Médico Hospitalar	Quant.	Fios de Sutura	Quant.	Ácido Transtansíptico sol. inj. 250mg/5ml		Aiguille descartável nº		Algodão c/aiguille nº		Água destilada sol. inj. 1000ml	F	Aiguille Geral		Algodão s/aiguille		Água destilada sol. inj. 10ml		Aiguille para Sangue	Rodo 150	Catgut Chromic nº		Atropina sol. inj. 0,04mg/ml - amp 1ml		Aiguille Peritoneal nº 18		Catgut Simplex nº		Atropina sol. inj. 0,25mg/ml - amp 1ml		Algodão bala		Ativador nº		Bupivacaina + Glucosa sol. inj. 0,5% - amp 4ml		Atadura grossa nº	50 cm	Fio de Aço nº		Bupivacaina Isóptica sol. inj. 0,5% - amp 4ml		Cateter para Oftálmico		IOT Catetral		Cefalecina sol. inj. 1g - fr/amp		Cateter para ventilação nº	76	Monocril nº		Cafezolina sol. inj. 1g - fr/amp		Cara para Oso		Polyfix nº	30	Cetogepfene sol. inj. 1M 50mg/ml - amp 2ml		Cateter Sistema Aberto		PDS nº		Cetotetracone sol. inj. IV 100ml - fr/amp		Cateter Sistema Fechado		Prolene nº		Cetoprelacol sol. inj. 30mg/ml - amp 1ml		Compressa na gaze 7,5 x 7,5		Seda nº		Cetotriptipol sol. inj. 2mg/ml - amp 5ml		Dreno		VICRYL nº		Cloridrato sol. inj. 150mg/ml - amp 1ml		Elevada		Fio de enceragem nº		Cloreto de sódio sol. inj. 0,9% - fr 100ml		Equipo macro com injetor		Fio de Kirschner nº	3,5	Cloreto de sódio sol. inj. 0,9% - fr 250ml		Equipo para hemodierálise				Clorato de sódio sol. inj. 0,9% - fr 500ml		Esponja para desgermado				Dexametasona sol. inj. 4mg/ml - amp 2ml		Esparradrapo				Dextroacetamina sol. inj. 50mg/ml - TAXA		Luva estéril nº	75			Diazepam sol. inj. 5mg/ml - amp 1ml		Máscara descartável				Diclofenaco sol. inj. 25mg/ml - amp 2ml		Microapore				Doxeparina sol. inj. 40mg - seringa 0,4ml		Palito				Ecacetina sol. inj. 1mg/ml - amp 1ml		Sapatinha descartável				Efexofenida sol. inj. 2mg - amp 1ml		Saçap nº		OPME		Efexofenida sol. inj. 0,05mg/ml - TAXA		Seringa 10ml		Lata OPME		Glicose sol. inj. 5% - fr 250ml		Seringa 1ml		Tela de Polivinílico		Glicose sol. inj. 5% - fr 500ml		Seringa 20ml		1000 ml. Tela de Polivinílico	1000 ml.	Heparina sol. inj. 5.000UI - TAXA		Seringa 3ml				Hipofosfato de sódio sol. inj. 100mg - fr/amp		Seringa 5ml				Hipofosfato de sódio sol. inj. 100mg - fr/amp		Seringa 10ml				Histamina - D-pirolina sol. inj. amar 5ml		Seringa Fenda de Resistência				Isovolempiracetam sol. inj. 0,5% C/V - TAXA		Sonda de Foley 02 vías nº				Isoxuprilonol sol. inj. 0,5% C/V - TAXA	2000	Sonda de Foley 03 vías nº				Iudocaína sol. inj. 250 C/V - Fr/Amp - TAXA		Sonda endotráqueal nº				Iudocaína sol. inj. 250 C/V - Fr/Amp - TAXA		Sonda nasogástrica curta nº				Ivermectina sol. inj. 5mg/ml - baixa 100ml		Sonda nasogástrica longa nº				Metazolam sol. inj. 5mg/ml - amp 3ml		Sonda urétral nº				Morfina sol. inj. 0,2mg/ml - amp 1ml		Stimuples				Morfina sol. inj. 10mg/ml - amp 1ml		Torréteira 03 vías				Morfina sol. inj. 1mg/ml - amp 1ml		Toalha descartável				Motilulina sol. inj. 10mg/ml - amp 1ml		Tubo de silikon				Motilulina sol. inj. 0,4mg/ml - amp 1ml		INFIX RUF				Muscarina sol. inj. 0,4mg/ml - amp 1ml		CONPRESSA				Nasogastrina sol. inj. 0,5mg/ml - amp 1ml		Isolard 24				Omeprazol sol. inj. 20mg - amp 2ml		Pratex 40				Propofol sol. inj. 10mg/ml - amp 2ml		Tomina nº 75				Remifentanil sol. inj. 25mg/ml - amp 2ml		Urgodac entropédica				Semifentanil sol. inj. 2mg - fr/amp						Singer com Lactato sol. inj. 1L 500ml						Succinamida sol. inj. 10mg/ml - fr/amp 10ml						Sufivacaina sol. inj. 10mg/ml - fr/amp 10ml						Sufivacaina sol. inj. 5mg/ml - fr/amp 5ml						Sufentanil sol. inj. 0,001mg/ml - amp 2ml						Suzametônio sol. inj. 100mg - fr/amp						Tenoxicam sol. inj. 20mg - fr/amp						Tenoxicam sol. inj. 40mg - fr/amp					
Medicamento	Quant.	Material Médico Hospitalar	Quant.	Fios de Sutura	Quant.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
Ácido Transtansíptico sol. inj. 250mg/5ml		Aiguille descartável nº		Algodão c/aiguille nº																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Água destilada sol. inj. 1000ml	F	Aiguille Geral		Algodão s/aiguille																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Água destilada sol. inj. 10ml		Aiguille para Sangue	Rodo 150	Catgut Chromic nº																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Atropina sol. inj. 0,04mg/ml - amp 1ml		Aiguille Peritoneal nº 18		Catgut Simplex nº																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Atropina sol. inj. 0,25mg/ml - amp 1ml		Algodão bala		Ativador nº																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Bupivacaina + Glucosa sol. inj. 0,5% - amp 4ml		Atadura grossa nº	50 cm	Fio de Aço nº																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Bupivacaina Isóptica sol. inj. 0,5% - amp 4ml		Cateter para Oftálmico		IOT Catetral																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Cefalecina sol. inj. 1g - fr/amp		Cateter para ventilação nº	76	Monocril nº																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Cafezolina sol. inj. 1g - fr/amp		Cara para Oso		Polyfix nº	30																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
Cetogepfene sol. inj. 1M 50mg/ml - amp 2ml		Cateter Sistema Aberto		PDS nº																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Cetotetracone sol. inj. IV 100ml - fr/amp		Cateter Sistema Fechado		Prolene nº																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Cetoprelacol sol. inj. 30mg/ml - amp 1ml		Compressa na gaze 7,5 x 7,5		Seda nº																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Cetotriptipol sol. inj. 2mg/ml - amp 5ml		Dreno		VICRYL nº																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Cloridrato sol. inj. 150mg/ml - amp 1ml		Elevada		Fio de enceragem nº																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Cloreto de sódio sol. inj. 0,9% - fr 100ml		Equipo macro com injetor		Fio de Kirschner nº	3,5																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
Cloreto de sódio sol. inj. 0,9% - fr 250ml		Equipo para hemodierálise																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Clorato de sódio sol. inj. 0,9% - fr 500ml		Esponja para desgermado																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Dexametasona sol. inj. 4mg/ml - amp 2ml		Esparradrapo																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Dextroacetamina sol. inj. 50mg/ml - TAXA		Luva estéril nº	75																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
Diazepam sol. inj. 5mg/ml - amp 1ml		Máscara descartável																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Diclofenaco sol. inj. 25mg/ml - amp 2ml		Microapore																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Doxeparina sol. inj. 40mg - seringa 0,4ml		Palito																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Ecacetina sol. inj. 1mg/ml - amp 1ml		Sapatinha descartável																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Efexofenida sol. inj. 2mg - amp 1ml		Saçap nº		OPME																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Efexofenida sol. inj. 0,05mg/ml - TAXA		Seringa 10ml		Lata OPME																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Glicose sol. inj. 5% - fr 250ml		Seringa 1ml		Tela de Polivinílico																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Glicose sol. inj. 5% - fr 500ml		Seringa 20ml		1000 ml. Tela de Polivinílico	1000 ml.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
Heparina sol. inj. 5.000UI - TAXA		Seringa 3ml																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Hipofosfato de sódio sol. inj. 100mg - fr/amp		Seringa 5ml																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Hipofosfato de sódio sol. inj. 100mg - fr/amp		Seringa 10ml																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Histamina - D-pirolina sol. inj. amar 5ml		Seringa Fenda de Resistência																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Isovolempiracetam sol. inj. 0,5% C/V - TAXA		Sonda de Foley 02 vías nº																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Isoxuprilonol sol. inj. 0,5% C/V - TAXA	2000	Sonda de Foley 03 vías nº																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Iudocaína sol. inj. 250 C/V - Fr/Amp - TAXA		Sonda endotráqueal nº																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Iudocaína sol. inj. 250 C/V - Fr/Amp - TAXA		Sonda nasogástrica curta nº																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Ivermectina sol. inj. 5mg/ml - baixa 100ml		Sonda nasogástrica longa nº																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Metazolam sol. inj. 5mg/ml - amp 3ml		Sonda urétral nº																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Morfina sol. inj. 0,2mg/ml - amp 1ml		Stimuples																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Morfina sol. inj. 10mg/ml - amp 1ml		Torréteira 03 vías																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Morfina sol. inj. 1mg/ml - amp 1ml		Toalha descartável																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Motilulina sol. inj. 10mg/ml - amp 1ml		Tubo de silikon																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Motilulina sol. inj. 0,4mg/ml - amp 1ml		INFIX RUF																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Muscarina sol. inj. 0,4mg/ml - amp 1ml		CONPRESSA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Nasogastrina sol. inj. 0,5mg/ml - amp 1ml		Isolard 24																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Omeprazol sol. inj. 20mg - amp 2ml		Pratex 40																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Propofol sol. inj. 10mg/ml - amp 2ml		Tomina nº 75																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Remifentanil sol. inj. 25mg/ml - amp 2ml		Urgodac entropédica																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Semifentanil sol. inj. 2mg - fr/amp																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
Singer com Lactato sol. inj. 1L 500ml																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
Succinamida sol. inj. 10mg/ml - fr/amp 10ml																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
Sufivacaina sol. inj. 10mg/ml - fr/amp 10ml																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
Sufivacaina sol. inj. 5mg/ml - fr/amp 5ml																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
Sufentanil sol. inj. 0,001mg/ml - amp 2ml																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
Suzametônio sol. inj. 100mg - fr/amp																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
Tenoxicam sol. inj. 20mg - fr/amp																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
Tenoxicam sol. inj. 40mg - fr/amp																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									

TAXAS E EQUIPAMENTOS	INÍCIO	TERMINO	TAXAS E EQUIPAMENTOS	INÍCIO	TERMINO
Taxa de aparelho de anestesia			Taxa de Capnografia		
Taxa de Aspirador			Taxa de Intensificador	EX	10:30
Taxa de Bisturi Elétrica					
Taxa de Microscópio			GAZES		



Nome: SEBASTIAO JOSE DA SILVA	Médico: Germana Milena da Silva
Prontuário: 423/19	Registro: 5387
Sexo: Masculino	Idade: 54a 3m 24d
Localização: 4ANDA, APT405, 405	
Clinica: Cirúrgica	

## Evolução do paciente

1

05/04/2019 as 07:28:34 - EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Localização: 4ANDA, APT405, 405

COREN: PE-1025065 ANITA KAROLINE SILVA VANDERLEI DO NASCIMENTO

1 - Evolução

1.1 - Descrição

RECEBO PACIENTE EGR, CONCIENTE, ORIENTADO, COM AVP FUNCIONANTE EM MSE PARA VÍNCULO DE MEDICAÇÃO + HDT, COM CURATIVO OCLUSIVO EM F.O EM MMSS, ACEITA DIETA PRESCRITA POR V.O. DIURESE ESPONTÂNEA, SEM QUEIXAS NO MOMENTO, SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

05/04/2019 as 09:40:41 - EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Localização: 4ANDA, APT405, 405

COREN: PE-937842 GERMANA MILENA DA SILVA

1 - Evolução

1.1 - Descrição

RECEBO PLANTÃO COM PACIENTE EM EGR, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SSVV NORMAIS.  
REALIZADO CURATIVO OCLUSIVO EM F.O LIMAPA E SECA SEM PRESENÇA DE SINAIS FLUOGISTICOS.

USADO:

02 ATADURAS 10CM  
01 LUVA 6,5  
02 PACT DE GAZE  
20CM DE MICROPORÉ  
10ML DE ALCOOL

PACIENTE LIBERADO SEM QUEIXAS.

05/04/2019 as 09:41:11 - EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Localização: 4ANDA, APT405, 405

COREN: PE-937842 GERMANA MILENA DA SILVA

1 - Evolução

1.1 - Descrição

PACIENTE OBTEVE ALTA HOSPITALAR.  
RETRIRADO AVP.

COREN: PE-937842 GERMANA MILENA DA SILVA

Nome: SEBASTIAO JOSE DA SILVA	Registro: 5387	Médico: ANDERSON FERNANDO DA SILVA MOURA
Prontuário: 423/19	Idade: 54a 3m 23d	Convênio: PARTICULAR HSG
Sexo: Masculino	C.I.D.:	Entrada: 04/04/2019 às 14:53
Localização: 4ANDA, APT405, 405	Alta:	

## Evoluções do paciente

1

## 04/04/2019 às 22:54:19 - EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Localização: 4ANDA, APT405, 405  
 COREN: PE-733483 CICERO ROMAO DE MACEDO

## 1 - Evolução

## 1.1 - Descrição

as 21:00hrs recebo cliente vindo da srpa em poi de ( punho + tendão ) em egr eupnáico , corado , orientado , afebril , hidratado , c / dieta livre por vo , sem avp , com curativo em fo , segue no leito e aôs cuidados da enfermagem.

## 04/04/2019 às 23:39:16 - Sinais Vitais

Localização: 4ANDA, APT405, 405  
 COREN: PE-1178237 ANDERSON FERNANDO DA SILVA MOURA

## 1 - Formulario SSVV

## 1.1 - Sinais vitais

Hora	P.Arterial	Pulso/FC	Temperatura	Sat.O2
00:00	130X80	94	36	99

## 1.2 - Drenagens

## 1.2.1 - Outros Drenos

Qual:

## 1.2.2 - Diurese

( X ) Espontânea

( ) SVA

## 05/04/2019 às 06:06:40 - Sinais Vitais

Localização: 4ANDA, APT405, 405  
 COREN: PE-1178237 ANDERSON FERNANDO DA SILVA MOURA

## 1 - Formulario SSVV

## 1.1 - Sinais vitais

Hora	P.Arterial	Pulso/FC	Temperatura	Sat.O2
06:00	130X80	96	36,8	96

## 1.2 - Drenagens

## 1.2.1 - Diurese

( X ) Espontânea

( ) SVA

## 05/04/2019 às 06:07:07 - EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Localização: 4ANDA, APT405, 405  
 COREN: PE-1178237 ANDERSON FERNANDO DA SILVA MOURA

## 1 - Evolução

## 1.1 - Descrição

REPASSO PLANTÃO COM PACIENTE MANTENDO-SE ESTÁVEL, COM SSVV DENTRO DOS PADRÕES DA NORMALIDADE, COM AVP FUNCIONANTE EM MSE PARA VÍNCULO DE MEDICAÇÃO + HDT, CONCILIA SONO NOTURNO, COM CURATIVO OCLUSIVO EM F.O EM MMSS, ACEITA DIETA PRESCRITA POR V.O. DIURESE ESPONTÂNEA. REALIZADO CUIDADOS DE ROTINA E MEDICADO CPM, SEM QUEIXAS NO MOMENTO, SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

COREN: PE-1178237 ANDERSON FERNANDO DA SILVA MOURA



## GRUPO SÃO GABRIEL LTDA

Name: SEBASTIAO JOSE DA SILVA  
Prontuário: 423/19 Registro: 5387  
Sexo: Masculino Idade: 54a 3m 24d  
Localização: 4ANDA, APT405, 405  
Clínica: Cirúrgica

Médico: Simone Rafeia de Andrade Santos  
Convênio: PARTICULAR HSG  
C.I.D.:  
Entrada: 04/04/2019 às 14:53  
Alta:

## Evolução do paciente

1

05/04/2019 às 01:30:32 - SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA A ENFERMAGEM

Localização: 4ANDA, APT405, 405

COREN: PE-199796 SIMONE RAFAELA DE ANDRADE SANTOS

## 1 - EXAME FÍSICO

2 - Eliminações fisiológicas

3 - Integridades da pele

3.1 - Estado Geral: Regular

3.2 - Nível de Consciência

Consciente

Orientado

Calmo

3.3 - Hidratação: Hidratado

3.4 - Sono e repouso: Preservado

3.5 - Higiene Corporal: Adequada

3.6 - Higiene Bucal: Adequada

3.7 - Alimentação

Via Oral

Tipo:

3.8 - Deambulação: Independente

3.9 - Regulação Térmica: Afibril

3.10 - Oxigenação

Eufnélico

3.11 - Regulação Vascular: Normocárdico

3.12 - P脉: Cheio

3.13 - Regulação Abdominal

Globoso

Indolor

3.14 - Hábito Urinário:

Escoentânea

3.15 - Ferida Operatória

Sim

Local: ANTEBRAÇO ESQUERDO E MÃO DIREITA

3.16 - Dreno

Não

## 4 - Diagnóstico de Enfermagem

Risco para infecção

Risco para sangramento

## 5 - Condutas de Enfermagem

Lavagem das mãos antes e após os procedimentos , utilizar EPI'S E técnicas assépticas.

Manter vias aéreas pélvias, monitorar FR, observar sinais de esforço respiratório

Verificar o local da incisão cirúrgica após cada curativo.

Avaliar o processo de cicatrização da ferida operatória.

Avaliar locais de inserção de cateteres quanto à presença de sinais flogísticos.

Orientar quanto à deambulação precoce.

Encorajar a deambulação independente, dentro dos limites seguros.

Explícitar ao paciente a rotina do hospital e os procedimentos a serem realizados.

Oferecer informação sobre os cuidados no pré e no pós opo-ratôno.

Oferecer apoio e minimizar a ansiedade.

Administrar medicação conforme prescrição médica.

Oferecer conforto ao paciente.

Orientar quanto à importância de manter uma boa higienização para diminuir os riscos de infecção

## 6 - Evolução Enfermagem

6.1 - Descrição

**Nome:** SEBASTIAO JOSÉ DA SILVA  
**Pronutário:** 423/19  
**Sexo:** Masculino  
**Localização:** 4ANDA, APT405, 405  
**Clinica:** Cirúrgica

**Medico:** Juliette Bezerra Da Silva  
**Convênio:** PARTICULAR HSG  
**C.I.D.**  
**Entrada:** 04/04/2019 às 14:53  
**Alta:**

## Evolução do paciente

1

**04/04/2019 às 16:06:38 - ADMISSÃO DE ENFERMAGEM**

**Localização: 4ANDA, APT405, 405**  
**COREN: PE-796037 JULIETTE BEZERRA DA SILVA**

**1 - Admissão de Enfermagem (Cirúrgica)**

**1.1 - Evolução**

Paciente admitido neste setor hospitalar para realizar procedimento cirúrgico em mmss, CIEGR, consciente, orientado, hidratado, normocorado, acianótico, anictérico, desambulando dieta oral zero(SIC), anexado ao prontuário exames laboratoriais/ exames de imagem / parecer cardiológico / nega dm , has e alergias . RELATA SER CARDIACO , JÁ FEZ CATI . sem mais quebras, orientado quanto ao preparo do pré-operatório, aguardando encaminhamento para o bloco cirúrgico.

**1.2 - Sinais Vitais**

Hora	Temp.(*)	Pulso	Resp	PA
16:00	36	75	97	130x80

**04/04/2019 às 17:17:29 - EVOLUÇÃO P/ ENCAMINHAMENTO AO BLOCO CIRÚRGICO**

**Localização: 4ANDA, APT405, 405**  
**COREN: PE-796037 JULIETTE BEZERRA DA SILVA**

**1 - Evolução P/ Encaminhamento ao Bloco Cirúrgico**

**1.1 - Descrição:**

Paciente encaminhado para o bloco cirúrgico, sem intercorrências.

**COREN: PE-796037 JULIETTE BEZERRA DA SILVA**



**São**  
**adriel**

**Nome:** SEBASTIÃO JOSE DA SILVA  
**Prontuário:** 42319  
**Registro:** 53667  
**Sexo:** Masculino  
**Localização:** 4ANDA, APT 1405, Internado Hé.  
**Clinica:** Cirúrgica

**Médico:** PABLO THIAGO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE  
**Convênio:** PARTICULAR HSG  
**CD:** - NAO INFORMADO  
**Peso:**  
**Altura:**

**Observação Prescrição**

<b>Itens prescritos</b>	<b>Qtd/ dose Unid. presc. Velocidade</b>	<b>Infusão</b>	<b>Via de acesso</b>	<b>Frequencia</b>	<b>Horários</b>
ITABRANIDA HIPOSSODICA	1 Refil/çao		IV/IV		
JRETO DE SODIO SOL INJ 0,9% - FR 500ML	1 FRS		INTRAVENOSA	12/12	✓ 5/10
FALOTINA SOL INJ 1G - FR/AMP	1 FR/AMP		INTRAVENOSA	06/06	✓ 5/10
AGUA DESTILADA SOL INJ - AMP 10ML	1 AMP				
SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM AGULHA - UNID	1 UNID				
AGULHA COM DISP DE SEGURANCA 25 X 7 MM - UNID	1 UNID				
IRONASOL INJ 500MG/ML - AMP 2ML	1 AMP		INTRAVENOSA	S/	04/04
AGUA DE STILADA SOL INJ - AMP 10ML	1 AMP				
SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM AGULHA - UNID	1 UNID				
AGULHA COM DISP DE SEGURANCA 25 X 7 MM - UNID	1 UNID				
YOKCAM SOL INJ 40MG - FR/AMP	1 FRS/AMP		INTRAVENOSA	12/12	✓ 5/10
AGUA DE STILADA SOL INJ - AMP 10ML	1 AMP				
SERINGA DESCARTAVEL 5ML SEM AGULHA - UNID	1 UNID				
AGULHA COM DISP DE SEGURANCA 25 X 7 MM - UNID	1 UNID				
AMADOL SOL INJ 100MG - AMP 2ML	1 AMP		INTRAVENOSA	S/	04/04
CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% - FR 100ML	1 FRS				
SERINGA DESCARTAVEL 3ML SEM AGULHA - UNID	1 UNID				
A. 04/04/2019 08:00:00					
B. 05/04/2019 07:59:00					

**PABLO THIAGO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE**  
**CRM-PE-15172**

CARUARU, 4 de Abril de 2019.

Enfermeiro(a) ou Técnico responsável/Carimbo



**Av. José Veríssimo, 752  
Maurício de Nassau  
Fone: (81) 3727-7250  
CEP 55.014-250 - Caruaru - PE  
CNPJ: 22.721.288/0001-26**

Paciente \_\_\_\_\_ Registro N° \_\_\_\_\_

Registro N° \_\_\_\_\_

Clinica \_\_\_\_\_ Apt. N° \_\_\_\_\_

Apto. N° \_\_\_\_\_

Nº Registro 5387

Paciente: SEBASTIAO JOSE DA SILVA

Data Internamento: 04/04/2019 14:53:00

Bloco: 4º

Enf/Apt: APART Leito: 405

Convênio: PARTICULAR HSG

Carteira:

Médico: 15172 PABLO THIAGO CAVALCANTI DE

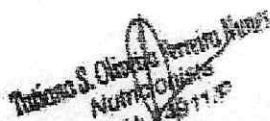
Data Evento: 05/04/2019 08:24:46

**EVOLUCAO NUTRICAO**

## 1 - Evolução

## 1.1 - Descrição

DIETA V.O, BRANDA, NORMOGALÓRICA, NORMOPROTEICA, NORMOLIPIDICA, NORMOGLICIDICA, RICA EM MICRONUTRIENTES, FRACIONADA EM 06 REFEÇÕES/DIA. VET: 2.000KCAL/DIA. PCT NÃO APRESENTA ALERGIAS OU INTOLERANCIAS ALIMENTARES.



TATIANA DA SILVA OLIVEIRA FERREIRA NUNES

05/04/2019 08:24:46

ORN-PE-14911

## BOLETIM DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

NOME PACIENTE: SEBASTIAO JOSE DA SILVA				SEXO: Masculino	NASCIMENTO: 12/12/1954	IDADE: 54 anos, 3 meses e 23 dias.
NOME DA MAE: SEBASTIANA MARIA DE LIMA		NOME DO PAI: JOSE JOAQUIM DE LIMA		IDENTIDADE: 10148742	CPF: 633.036.714-00	TELEFONE: 81993055040
ENDERECO: SITIO RAMADA	NP: 0	BAIRRO: ZONA RUAL	CIDADE: RIACHO DAS ALMAS	UF: PE	CEP: 55120000	CELULAR: 0
CONVÊNIO: 31 PARTICULAR	MATRÍCULA:		VALIDADE CARTEIRA: 30/12/1899	SENHA:	UNIDADE DE ATENDIMENTO: INTERNACAO- HSG	
CRM/MEDICO: 016172 PABLO THIAGO CAVALCANTI DE			ESPECIALIDADE: Ortopedia	CÓDIGO CBO: 225270	USUÁRIO DO ATENDIMENTO: SIDRAILMASANTOS	
BLOCO: 4º ANDAR	ACOMODAÇÃO: APARTAMENTO	LEITO: 405	ESTADO CIVIL:	NATURALIDADE: RIACHO DAS ALMAS	PROFISSÃO:	

## Queixa Principal:

## História Clínica:

Exames:

HD:

 Condicão:  Curado  Melhorado  Transferido  Óbito

Data Alta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ :

Médico Responsável:

Sidraim L. A. dos Santos  
 Paciente ou Responsável

Ame  
 SIDRAILMASANTOS

**BAUER**  
E. BAUER & CO.  
PATENTED

Data de aquis: 05/04/2019 SEBASTIÃO  
Hora de aquis: 20:08:24 Sex  
Índice de esp: 2412 Data de nascimento  
ID PAT000706

Data de aquis: 05/04/2019  
Hora de aquis: 20:07:59  
Índice de esp.: 2208

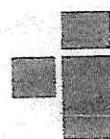
**INTERACO**

ANTERIOR  
LATERAL  
FREDDY OSES IN 27 DE JULIO 1934  
ROST. EXCELENTE  
EST. GARNIER, 10 de MARZO 1934

Scanned by CamScanner

SEBASTIAO JOSE DA SILVA, PAR Data de aquis.: 20/03/2013  
Sex: Masc. Hora de aquis.: 14:39:47 Sex: Masc.  
Data de nascimento: 12/12/1964 Índice de exp.: 2578 Data de nascimento: 12/12/1964  
ID: 102274 Índice de exp.: 2305

Esgo



**Unidade Mista João Soares da Fonseca**  
Secretaria de Saúde de Riacho das Almas - PE

## Receituário

Liberato José da Silva  
54 anos

Paciente portador de adenite da  
garganta operado de tonsilite amigda  
engedos, cistos e tonsilites.  
Paciente fumador bocas engedos.

Possui micoscopia

Livro: 5646523

Morada: HR

Dr. Renata Lima da Silva  
Clínica Médica  
Cidade PE 22574  
22931109

Registro: 102284  
Paciente: SEBASTIAO JOSE DA SILVA  
Atendimento: Externo  
Setor: UNIDADE III - SGD HOSPITAL  
Digitado por: LAYSASOUZA

Prontuário: 42319

Sexo: M

Médico Solic.: PABLO THIAGO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE

Data e Hora da Emissão: 28/03/2019 às 15:06

Data Emissão: 28/03/2019 15:06

Nasc.: 12/12/1964 54 Ano(s)

Convênio: PARTICULAR - SGD

### ULTRASSONOGRAFIA DA MÃO DIREITA

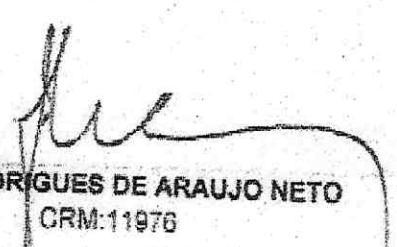
Pele e revestimento subcutâneo preservados.  
Planos musculares integros.

Tendão extensor do 4º compartimento apresentando descontinuidade de suas fibras, ao nível da falange proximal.  
Ausência de formações nodulares sólidas ou císticas.

#### **IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

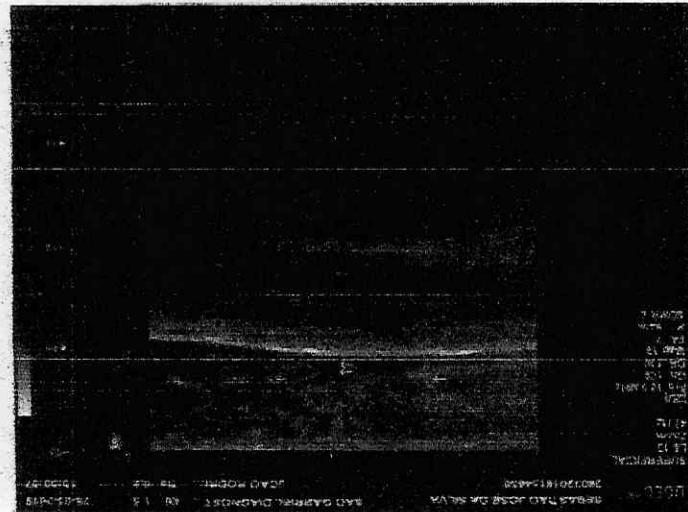
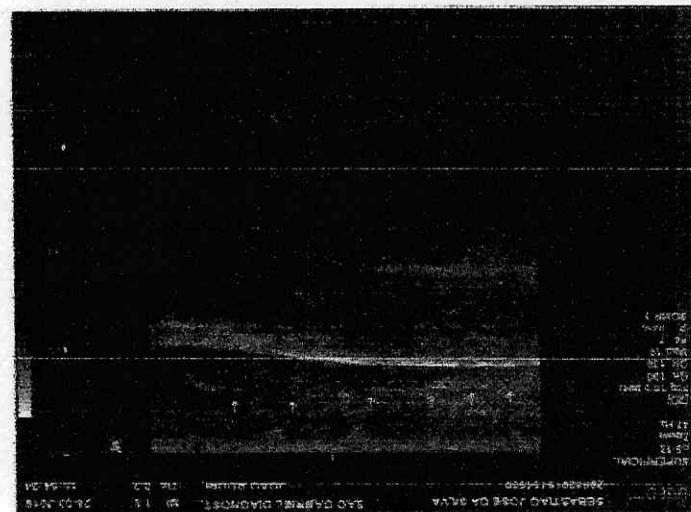
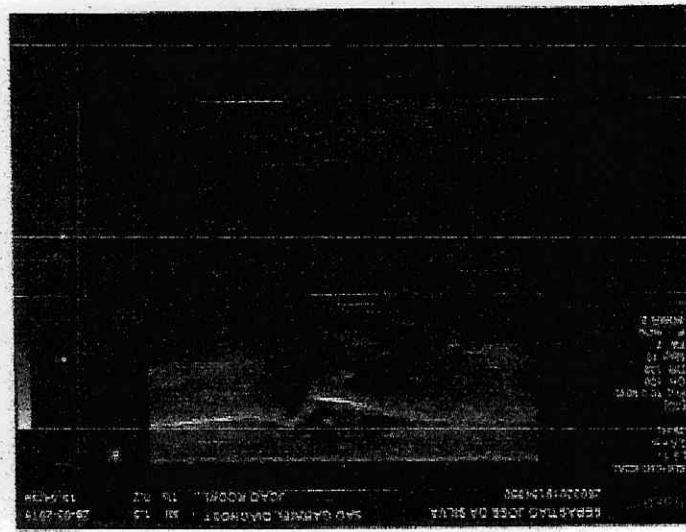
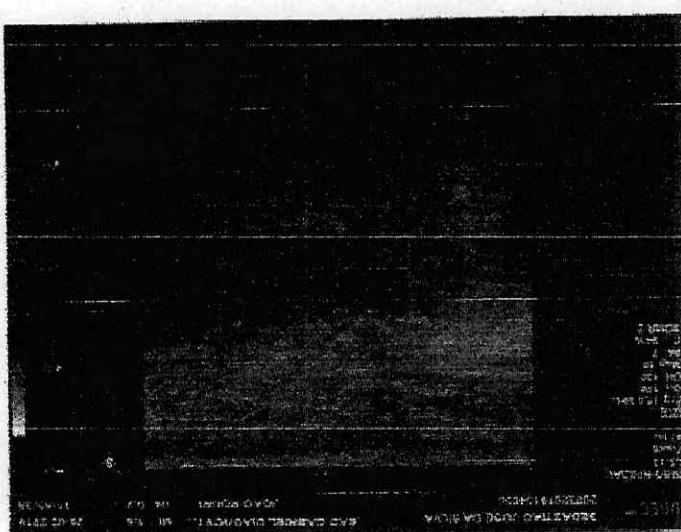
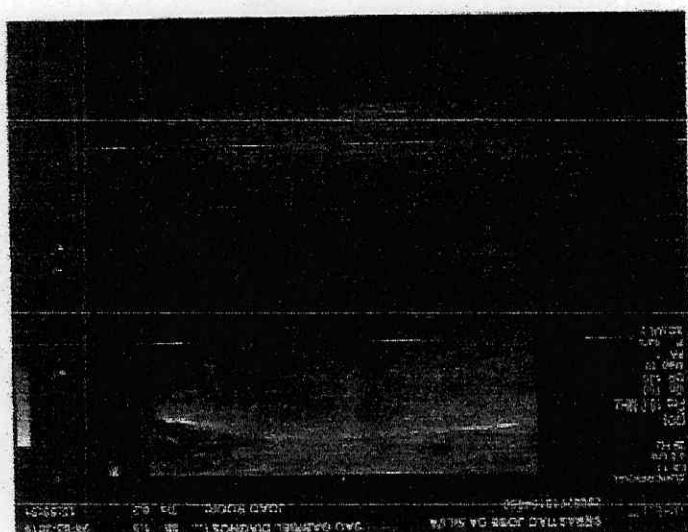
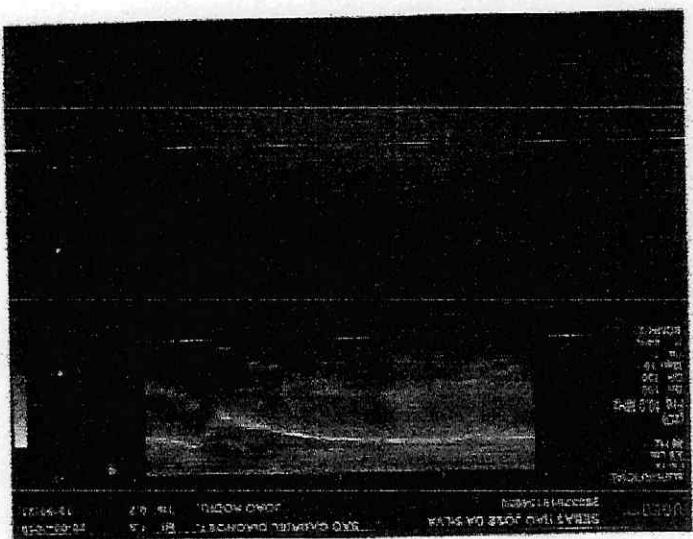
Tendão extensor do 4º compartimento apresentando descontinuidade de suas fibras, ao nível da falange proximal.

*Obs.: Estamos realizando exames de tomografia computadorizada multislice de 16 canais, em todas as áreas de radiologia.*

  
**JOAO RODRIGUES DE ARAUJO NETO**  
CRM:11976

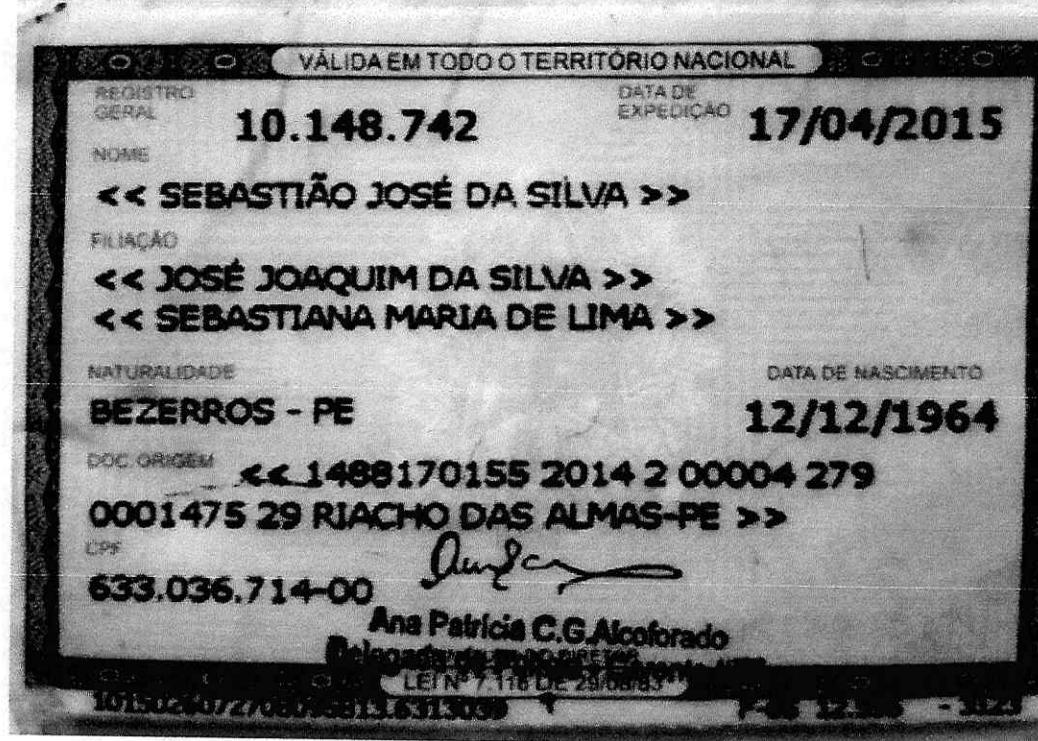
**SÃO GABRIEL DIAGNÓSTICOS**  
Rua Saldanha Marinho, 383  
Maurício de Nassau  
CEP 55012-740 Caxias PE  
(81) 3721-7997 / 3721-8108

**HOSPITAL MEMORIAL SÃO GABRIEL**  
Av. José Veríssimo, 752  
Maurício de Nassau  
CEP 55014-320 Caxias PE  
(81) 3716-0950



Patient Name : JOSE DA SILVA, SEBASTIAO  
Exam Date : 28-03-2019 15:47:13

UNIFICI  
Diagnostics



**EXCELSIOR SEGUROS**  
**09 MAIO 2019**  
**SEGURO DPVAT**



EXCELSIOR SEGUROS  
09 MAIO 2019  
SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIAGEM TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013815047594 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SEBASTIAO JOSE DA SILVA

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

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

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXCELSIOR SEGUROS

09 MAIO 2019

SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO

DATA EMISSÃO

RIACHO DAS ALMAS-PE 2017

19/01/18

VIA

CPF/CNPJ

PLACA

630.635.711-00

PCW4113

RENAVAM

MARCA / MODELO

1141151020

HONDA/CG 160 FAN

ANO/FAB.

CAT TARIF.

Nº CHASSI

2017

09

9C2KC2200JR008805

### PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)

COTA ÚNICA

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.668/0001-04

2018  
LIDER



IDENTIFICAÇÃO	
VITIMA	<u>Sebastião José da Silva</u>
DATA DO ACIDENTE	<u>22.03.19</u>
CPF DA VITIMA	
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO	
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR	<input checked="" type="checkbox"/> VITIMA <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO A VITIMA É _____ ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº	COMPLEMENTO _____
CIDADE	UF _____
E-MAIL	BAIRRO _____
UF _____ CEP _____	
TELEFONE (_____) _____	

**EXCELSIOR SEGUROS**

**09 MAIO 2019**

**SEGURO DPVAT**

**( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CóPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO**

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CóPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

# PROCURAÇÃO PARTICULAR

**BENEFICIARIO/VITIMA:**

Nome: SEBASTIÃO José da SILVA  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado  
Profissão: Pedreiro  
Identidade: 10.148.742 SDS/PE CPF: 633.036.714-00  
Endereço: Rua Boa Vista de Envera, 590, Z. Rural de Riacho das Almas/PE.

**PROCURADOR:**

Nome: LIZIANE DE OLIVEIRA SILVA  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira  
Profissão: Autônoma  
Identidade: 7 801 456 SDS/PE CPF: 074 350.264-76  
Endereço: Rua Dr. José Rufino Bezerra, 897-B, Coité, Vitória de Santo Antônio/PE

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincor(s) e Corretores), a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Credito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima

SEBASTIÃO José da SILVA

Data do acidente: 22 / 04 / 2019

Cobertura: INVALIDEZ PERMANENTE

Riacho das Almas, em, 24/04/19

Local e data

Subscritão José da Silva  
Assinatura do Beneficiário/Vitima  
(reconhecer firma por autenticidade)

EXCELSIOR SEGUROS
09 MAIO 2019
SEGURO DPVAT

Serventia Registral e Notarial de Riacho das Almas  
JOÇY DE VASCONCELOS FROTA ALVES - TABELIÃO - CNPJ: 33.189.582/0001-55  
RUA DOUTOR MANOEL BORDA, CENTRO - N° 152, RIACHO DAS ALMAS - PE, TEL: (81) 99713-3910

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE SEBASTIÃO JOSÉ DA SILVA, EM TESTE, J.P.Souza, DA VERDADE, DOU FÉ. RIACHO DAS ALMAS,  
24/04/2019 11:00:59  
SELO 0075069.TL104201905.00278 CONSULTE A AUTENTICIDADE EM  
[www.tpe.jus.br/selodigital](http://www.tpe.jus.br/selodigital)

FRANCIELLY PEREIRA DE BARROS SOUZA - ESCRIVENTE AUTORIZADA  
Emol. R\$ 3,59 TJ: R\$ 0,40 TSNR: R\$ 0,80 Selo: R\$ 0,00 Total: R\$ 4,79

J.P.Souza



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0156728/19

**Vítima:** SEBASTIAO JOSE DA SILVA

**CPF:** 633.036.714-00

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 22/03/2019

SEBASTIAO JOSE DA SILVA

**Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### LIZIANE DE OLIVEIRA SILVA : 074.350.264-76

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

### SEBASTIAO JOSE DA SILVA : 633.036.714-00

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.  
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/05/2019  
Nome: LIZIANE DE OLIVEIRA SILVA  
CPF: 074.350.264-76

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/05/2019  
Nome: SIMONE BARBOSA CORREIA  
CPF: 026.826.254-36

LIZIANE DE OLIVEIRA SILVA

SIMONE BARBOSA CORREIA