



Número: **0020653-88.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 32ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                 |                    | Procurador/Terceiro vinculado                           |                |
|--------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------------|----------------|
| LUCIA LAUDICEA ALVES DE MOURA (AUTOR)                  |                    | PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)                  |                |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU) |                    | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)              |                |
| ARUANA SEGUROS S.A. (REU)                              |                    | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)              |                |
| PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)       |                    |                                                         |                |
| Documentos                                             |                    |                                                         |                |
| Id.                                                    | Data da Assinatura | Documento                                               | Tipo           |
| 66912655                                               | 25/08/2020 14:28   | <a href="#">2738638_JUNTADA_PROCESSO_ADMINISTRATIVO</a> | Petição em PDF |



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 32ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE**

**Processo: 00206538820208172001**

**ARUANA SEGUROS S/A**, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **LUCIA LAUDICEA ALVES DE MOURA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RECIFE, 25 de agosto de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PE 4246**

**ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**  
**30225 - OAB/PE**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)





Número: **0020653-88.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 32ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                 |                    | Procurador/Terceiro vinculado              |                    |
|--------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------|--------------------|
| LUCIA LAUDICEA ALVES DE MOURA (AUTOR)                  |                    | PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)     |                    |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU) |                    | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO) |                    |
| ARUANA SEGUROS S.A. (REU)                              |                    | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO) |                    |
| PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)       |                    |                                            |                    |
| Documentos                                             |                    |                                            |                    |
| Id.                                                    | Data da Assinatura | Documento                                  | Tipo               |
| 66912657                                               | 25/08/2020 14:28   | <a href="#">ANEXO 1</a>                    | Outros (Documento) |

Nome: **LUCIA LAUDICEA ALVES DE MOURA** Nº registro: **245680**  
Dt. Nasc.: 01/09/50 - 68 ano(s) Sexo: Feminino  
Mãe: TEREZINHA LINS ALVES Fone: 81988555850  
Endereço: R DA AZALEIA, nº 47, MURIBECA, JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE  
Data/hora: 23/08/2019 - 17:45 Nº pág.: 1/1

**RESUMO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

11/12/2019 - JANAINA TAVARES

**SENHA: P097**

**Classificação de Risco: NÃO URGENTE - VERDE**  
**Especialidade: ORTOPEDIA**  
**Encaminhado Para: CONSULTÓRIO - ORTOPEDIA**

**ANAMNESE ENFERMAGEM**

**ALERGIA:**

**QUEIXA PRINCIPAL:**

- Dor - Trauma

REFERE DOR EM MSE E EM MIE APÓS QUEDA HOJE

**EXAME FÍSICO:**

PA: 160 x 100 mmHg | Temperatura:  
HGT: | Sat O2: | FC: | Peso: | Altura:

**OBSERVAÇÕES:**

**Dr.ª JANAINA TAVARES LOPES**  
COREN: 11946





**Nome:** LUCIA LAUDICEA ALVES DE MOURA

**Nº registro:** 245680

**Dt. Nasc.:** 01/09/50 - 68 ano (s)

**Sexo:** Feminino

**Mãe:** TEREZINHA LINS ALVES

**Fone:** 81988555850

**Endereço:** R DA AZALÉIA, nº 47, MURIBECA, JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE

**Data/hora:** 23/08/2019 - 17:50

**Nº pág.:** 1/1

## CONSULTA ORTOPÉDICA

### Anamnese Médica / Evolução Clínica:

DOR EM PUNHO ESQ APÓS QUEDA DSA PRÓPRIA ALTURA HÁ +- 10 MIN. NEGA ALERGIAS

### Exame Físico:

EDEMA + DEFORMIDADE EM PUNHO ESQ

### Resultados de Exames:

RX: FX ARTICULAR DE RADIO DISTAL ESQ (BARTON)

### Conduta:

ANALGESIA + TRANSFERENCIA

### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Z000 Exame médico geral | | "Check-up" de saúde (exame de rotina) SDE| Exame (médico) periódico (anual)"Check-up" geral de saúde (de) (da):| - criança (Z00.1)| - subpopulações definidas (Z10.-)

TRAUMA EM PUNHO ESQ

**Óbito:** Não

**Dr. MANOEL JOSE DE OLIVEIRA FERREIRA**  
CRM. 24589





**Nome:** LUCIA LAUDICEA ALVES DE MOURA

**Nº registro:** 245680

**Dt. Nasc.:** 01/09/50 - 68 ano (s)

**Sexo:** Feminino

**Mãe:** TEREZINHA LINS ALVES

**Fone:** 81988555850

**Endereço:** R DA AZALEIA, nº 47, MURIBECA, JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE

**Data/hora:** 23/08/2019 - 18:48

**Nº pág.:** 1/1

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

### HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

DOR EM PUNHO ESQ APÓS QUEDA DSA PRÓPRIA ALTURA HÁ +- 10 MIN. NEGA ALERGIAS

### EXAME FÍSICO:

PA: x mmHg | Temperatura: °

HGT: mg/dL | Sat O2: % | FC: Bpm | Peso: | Altura:

### CONDUTA:

TALA AXILO-PALMAR

TRANSFERENCIA

### EXAMES COMPLEMENTARES/RESULTADOS:

**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:** S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO | FRATURA DE

### DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: Hospital Dom Helder Câmara

Motivo: Tratamento Cirúrgico

Senha: 5755410

### ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA

Transporte: Ambulância Unidade

Transferência Cancelada? NÃO

**Dr. MANOEL JOSE DE OLIVEIRA FERREIRA**  
**CRM:24589**

Rua Vale do Itajaí, s/n, Iburá CEP: 51320-180 - Recife/PE  
Contato: (81) 3184-4515





Nome: **LUCIA LAUDICEA ALVES DE MOURA** Nº registro: **245680**  
Dt. Nasc.: **01/09/50 - 68 ano (s)** Sexo: **Feminino**  
Mãe: **TEREZINHA LINS ALVES** Fone: **81988555850**  
Endereço: **R DA AZALEIA, nº 47, MURIBECA, JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE**  
Data/hora: **23/08/2019 - 18:48** Nº pág.: **1/1**

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

### HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

DOR EM PUNHO ESQ APÓS QUEDA DSA PRÓPRIA ALTURA HÁ +- 10 MIN. NEGA ALERGIAS

### EXAME FÍSICO:

\_\_\_\_ x mmHg | Temperatura: \_\_\_\_ °C  
\_\_\_\_ T: \_\_\_\_ mg/dL | Sat O2: \_\_\_\_ % | FC: \_\_\_\_ Bpm | Peso: \_\_\_\_ | Altura: \_\_\_\_

### CONDUTA:

TALA AXILO-PALMAR  
TRANSFERÊNCIA

### EXAMES COMPLEMENTARES/RESULTADOS:

**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:** S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO | FRATURA DE

### DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: Hospital Dom Helder Câmara  
Motivo: Tratamento Cirúrgico  
Senha: 5755410

**ESPECIALIDADE:** ORTOPEDIA

Transporte: Ambulância Unidade

Transferência Cancelada? NÃO

**Dr. MANOEL JOSE DE OLIVEIRA FERREIRA**  
**CRM:24589**

Como por esta via encaminhado.  
Unidade San. Pronta de R. Guararapes  
Liberto por por meio prático

Dr. Diego Macedo  
Médico  
CRM: 24589

Rua Vale do Itajai, s/n, Iburá CEP: 51320-180 - Recife/PE  
Contato: (81) 3184-4616



TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

NOME: Lúcia Landúbia Alves de Sousa DATA NASC: 01-09-1950  
REGISTRO: 119516 DATA: 25-08-19 HORA: \_\_\_\_\_  
SETOR DE ORIGEM: JBA SETOR DE DESTINO: \_\_\_\_\_

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| S<br>Situação<br>(Enfermagem)     | Nível de Consciência: <u>FGB; Pensante; alerta</u> HGT: _____<br>PA: <u>140/80</u> Pulso: <u>67</u> Temp: _____ FR: _____ Oximetria: <u>98%</u><br>Padrão respiratório: <input checked="" type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Suporte de O <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> CatO <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> NBZ<br><input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> Traqueo VM <input type="checkbox"/> Traqueo NEB<br>Intercorrência nas últimas 24h: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| B<br>Base do cenário<br>(médico)  | Breve relato do caso: _____<br>Antibiótico profilático: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Antibiótico terapêutico: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim<br>Qual: _____ Horário: _____<br>Drogas Vasotivas: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____<br>Prognóstico: <input type="checkbox"/> Crônico <input type="checkbox"/> Não Crônico<br>Nutrição: <input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Dieta _____                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| A<br>Análise<br>(Enfermagem)      | Dispositivos Invasivos: Cateter central <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim // SVD <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim<br>Alergia: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____<br>Hemoderivados: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____<br>Medicação de uso contínuo: _____<br>Riscos: <input checked="" type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Flebite <input type="checkbox"/> Outros: _____<br>Grau de Complexidade: <input type="checkbox"/> Crítico <input type="checkbox"/> Semi Crítico <input type="checkbox"/> Alta dependência<br><input checked="" type="checkbox"/> Intermediário <input type="checkbox"/> Mínimo |
| R<br>Recomendação<br>(Enfermagem) | Exames Laboratoriais: <input checked="" type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Não Coletado Qual: _____<br>Exames de Imagem: <input type="checkbox"/> Realizado<br><input type="checkbox"/> Pendente<br>Curativo: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Local: <u>curativo</u><br>Isolamento: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

Enviado por: Ass. Médico \_\_\_\_\_ Ass. Enfermeiro: [Assinatura]  
Recebido por: Ass. Enfermeiro \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_





## Resumo de Alta Hospitalar

|                                                 |           |                           |                               |
|-------------------------------------------------|-----------|---------------------------|-------------------------------|
| <b>PACIENTE: LUCIA LAUDICEIA ALVES DE MOURA</b> |           |                           |                               |
| REGISTRO: 119576                                | IDADE: 68 | DATA ADMISSÃO: 24/08/2019 | DATA ALTA: 09/02/1826/08/2019 |

### 5) Diagnósticos Definidos:

FRATURA RADIO DISTAL ESQUERDO

### 6) Conduta/ Procedimentos Realizados:

TTO COM PLACA EM T + PARAFUSO

### 7) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

### 8) Informações Complementares:

- 1) MANTER MEMBRO ELEVADO
- 2) FAZER COM FREQUÊNCIA ELEVADA MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO COTOVELO E DEDOS DA MÃO
- 3) MANTER IMOBILIZAÇÃO ATÉ O RETORNO
- 4) CURATIVO DIÁRIO EM POSTO DE SAÚDE
- 5) RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 02 SEMANAS
- 6) NÃO PEGAR EM PESO

### Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X) Não ( )

Data da Consulta: 10/09/2018

AMBULATORIO DE ORTOPEDIA EM 2 SEMANAS DESTA UNIDADE OU NO  
AMBULATÓRIO DO ESTADO DE ORIGEM

07:00 até  
09:00 horas

### Assinatura do Médico e Carimbo

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



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de  
retorno ambulatorial no HDH.

Dr. Ingrid Assunção  
26/08/2019



**ESCALA DE BRADEN**  
**AValiação DO RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO - Adulto**

Nome do paciente: Lúcia Landuária Alves Registro: \_\_\_\_\_ Data da avaliação: 23/08/19

|                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                |   |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| <b>Percepção Sensorial</b><br>Capacidade de reação significativa ao desconforto. | <b>1. Completamente limitada:</b><br>Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agita e nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à anestesia.<br>OU<br>Capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.                                                                                                   | <b>2. Muito limitada:</b><br>Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação.<br>OU<br>Tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.                                                                                                   | <b>3. Ligeiramente limitada:</b><br>Obedece a instrução verbal, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição.<br>OU<br>Tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.                                                                                                            | <b>4. Nenhuma limitação:</b><br>Obedece a instruções verbais. Não apresenta qualquer sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.                                                                        | 4 |
| <b>Umidade</b><br>Nível de exposição à umidade                                   | <b>1. Pele constantemente úmida:</b><br>A pele mantém-se sempre úmida devido a sudoreses, urina, etc. É detectada umidade sempre que o doente é deslocado ou virado.                                                                                                                                                                                     | <b>2. Pele muito úmida:</b><br>A pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.                                                                                                                                                                                                                                   | <b>3. Pele ocasionalmente úmida:</b><br>A pele está por vezes úmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>4. Pele raramente úmida:</b><br>A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.                                                                                                                     | 4 |
| <b>Atividade</b><br>Nível de atividade física                                    | <b>1. Acamado:</b><br>O doente está confinado à cama.                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>2. Sentado:</b><br>Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.                                                                                                                                                                                                          | <b>3. Anda ocasionalmente:</b><br>Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.                                                                                                                                                                                                                         | <b>4. Anda frequentemente:</b><br>Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.                                                               | 4 |
| <b>Mobilidade</b><br>Capacidade de elevar e controlar a posição do corpo         | <b>1. Completamente imobilizado:</b><br>Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.                                                                                                                                                                                                                                                | <b>2. Muito limitada:</b><br>Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.                                                                                                                                                                                                   | <b>3. Ligeiramente limitado:</b><br>Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>4. Nenhuma limitação:</b><br>Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.                                                                                                                                            | 4 |
| <b>Nutrição</b><br>Alimentação habitual                                          | <b>1. Muito pobre:</b><br>Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lactíneos). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido.<br>OU<br>Está em jejum e/ou a dieta líquida ou a sonda durante mais de cinco dias. | <b>2. Provavelmente inadequada:</b><br>Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lactíneos. Ocasionalmente toma um suplemento dietético.<br>OU<br>Recorre menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda. | <b>3. Adequada:</b><br>Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lactíneos). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido.<br>OU<br>É alimentado por sonda ou nutre regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais. | <b>4. Excelente:</b><br>Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lactíneos). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos. | 4 |
| <b>Fricção e forças de deslizamento</b>                                          | <b>1. Problema:</b><br>Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasmodicidade, contraturas ou agitação leve a fricção quase constante.                   | <b>2. Problema potencial:</b><br>Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma sobre os lençóis, cadeira, apoio ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.                               | <b>3. Nenhum problema:</b><br>Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correta posição na cama ou cadeira.                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                | 3 |

**Alto Risco: <12 Risco Moderado: 13 - 17 Sem Risco: > 18**

**Pontuação Total** 23

# HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 24/08/2019 00:13

|                     |                                |
|---------------------|--------------------------------|
| Nome Paciente:      | LUCIA LAUDICEIA ALVES DE MOURA |
| Cód. Paciente:      |                                |
| Data de Nascimento: | 01/09/1950                     |
| Sexo:               | Feminino                       |
| Idade:              | 68 anos                        |
| Senha:              | 0001                           |
| Convênio:           | -                              |
| Atendimento:        |                                |
| SAME:               |                                |

Período: 24/08/2019 00:18 - 24/08/2019 00:23

SHEILA REGINA DE MELO SERRANO DE ANDRAD - COREN: 9473 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DA PRORPIA ALTURA. NEGA DESMAIOS E TCE. EM TEMPO, CONSCIENTE, ORIENTADA, EUPNEICA, NEGA ALERGIA, HAS E DM. SENHA: 5755410

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade: ORTOPEdia/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: SHEILA REGINA DE MELO SERRANO DE ANDRAD - COREN: 9473 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 24/08/2019 00:23

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 518464

Data e Hora do Atendimento: 24/08/2019 00:40

Usuário do Atendimento: JOSEASF

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: LUCIA LAUDICEIA ALVES DE MOURA

Prontuário: 119576

Nome da Mãe: TEREZINHA LINS ALVES

Nome do Pai: LEONIDES BORBA DE ALVES

Data do Nascimento: 01/09/1960

Idade: 68 anos Sexo: FEMININO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG:

Data Emissão:

CPF: 58521771720

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: OUTROS

Endereço: RUA DA AZALEIA

47 MURIBECA

Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES

PE

CEP: 54350330

Fone: 30749444

DADOS DO ATENDIMENTO

Diagnóstico: UPA IBURA

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 20

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Cabo de Santo Agostinho, 24/08/2019

Assinatura e R.G. do Responsável: \_\_\_\_\_

*[Assinatura manuscrita]*  
Médico IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA  
CRM 17726  
SALA VERDE/AMARELA

SUMÁRIO DE ALTA

Indicações de Alta:

Diagnóstico:

Procedimento:

Alta em:

Médico e C.R.M.:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G.:

*Tratamento*

Prat: *ORTOPEDIA*

*FRATURA PLATA C/*

Hora: *12:00h*

Dr. Igor Abutrab  
Médico CRM-PE 21777

*26 AGO 2019*

*COH*  
Hospital Dom Helder Câmara  
*30/08/19*

*[Assinatura manuscrita]*  
Solenge Lyra  
Faturamento/ SAME  
Em: *30 AGO 2019*





0001

**Idade:** 119576 **LUCIA LAUDICEIA ALVES DE MOURA** **Sexo:** FEMININO  
**Data do Nascimento:** 01/09/1950 **Idade:** 68 anos **Convenio:** 2 SUS/SIA AMBURGO  
**Nome da Mãe:** TEREZINHA LINS ALVES **Nome do Pai:** LEONIDES BORBA DE ALVES  
**Estado Civil:** SOLTEIRO **Nome do Médico:** REINALDO MENDES DE CARVALHO  
**Endereço:** RUA DA AZALEIA - 47 **Bairro:** MURIBECA  
**Cidade/UF:** JABOATÃO DOS GUARARAPES PE **Usuário Atendimento:** JOSEASF  
**RG (Identidade):** **Data de Emissão:**  
**CPF (Cadastro de Pessoa Física):** 58521771720 **Fone:** 30749444  
**Cartão SUS:** **Data de Emissão CRN:**

CRM: 14

2.9.18.2018

Idade: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Queixa Principal

Alors, pour un verre d'eau sucrée de sucre  
à la quantité d'eau ou de sucre. (E)

**Exame Fisico**

② 661/DM/1ch. Express  
② Nov. ④  
③ May 15

### 70teso Diagnostico

*Andromeda* or *Andromeda* 

### Conducta Terapeutica

Stamen to

Prescrição Médica

\_\_\_\_\_

**Dr. Bruno Daltró**  
Ortopedia e Traumatologia  
Ortopedista - 28.693  
Ortopedista Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE \_\_\_\_\_  
LEITO DO PACIENTE \_\_\_\_\_

## HISTÓRIA CLÍNICA

### Identificação

Nome: Levi Lacerda. Nê Registro: \_\_\_\_\_ Nº Atendimento: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Acompanhante: ( ) Sim - ( ) Não  
Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

### Queixa Principal e Duração:

Dor @ lombar

### História da Doença Atual:

Ref como se sente por parte  
da perna após queda  
de um peso @

### Interrogatório Sintomática:

Dor @ lombar





TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL - NRS 2002

Data: 24/08/20

Paciente: Lucia Alves de Menezes  
Peso Atual: 72 Peso Habitual: 72 Altura: 1.54 Idade: 61

Registro: 119576  
Leito: 405.1

|                                                                   | SIM | NÃO |
|-------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| <b>Parte 1 - Triagem Inicial</b> IMC: <u>30.3 Kg/m²</u>           |     |     |
| Paciente Apresenta IMC < 20.5?                                    |     | X   |
| Houve Perda de Peso nos Últimos 3 meses?                          | X   |     |
| Houve Redução na Ingestão de alimentos na última semana?          |     | X   |
| Paciente apresenta doença grave, está em mau estado geral ou UTI? |     | X   |

SIM: Se a resposta for "sim" para qualquer uma das questões, o Nutricionista deverá continuar a preencher a parte 2.  
NÃO: Se a resposta for "não" para todas as questões, reavalie o paciente semanalmente.

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

| Parte 2 - Triagem do Risco Nutricional |                                                                                                                                                                         | Gravidade da doença (Efeito do estresse metabólico no aumento das necessidades nutricionais) |                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Estado Nutricional                     |                                                                                                                                                                         |                                                                                              |                                                                                                                                                                 |
| Ausente (Pontuação 0)                  | Estado Nutricional Normal                                                                                                                                               | Ausente (Pontuação 0)                                                                        | Necessidades Nutricionais Normais                                                                                                                               |
| Leve (Pontuação 1)                     | Perda de peso > 5% em 3 meses ou; Ingestão alimentar abaixo de 50-75% da necessidade normal na semana anterior.                                                         | Leve (Pontuação 1)                                                                           | Fratura de Quadril;<br>Pacientes crônicos com complicações agudas;<br>Cirose, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), Diabetes, Câncer, Hemodiálise crônica. |
| Moderado (Pontuação 2)                 | Perda de peso > 5% em 2 meses ou; IMC 18.5-20.5 + condição geral comprometida ou; Ingestão alimentar entre 25-80% da necessidade normal na semana anterior.             | Moderado (Pontuação 2)                                                                       | Cirurgia abdominal de grande porte,<br>Acidente vascular cerebral (AVC);<br>Pneumonia grave;<br>Doenças malignas hematológicas (leucemias e linfomas).          |
| Grave (Pontuação 3)                    | Perda de peso > 5% em 1 mês (> 15% em 3 meses) ou IMC < 18.5 + condição geral comprometida ou; Ingestão alimentar entre 0-25% da necessidade normal na semana anterior. | Grave (Pontuação 3)                                                                          | Trauma Craniano;<br>Transplante de medula óssea;<br>Pacientes em cuidados intensivos (APACHE > 10).                                                             |

Pontuação (Estado nutricional) + Pontuação (gravidade da doença) = Escore total = 02 NÃO Solucionário.  
Para calcular o escore total: A. Encontre o escore (de 0 a 3) para o estado nutricional e para a gravidade da doença (selecione apenas a variável de maior gravidade); B. Some os dois escores para obter o escore total; C. Se o paciente apresentar idade > ou igual a 70 anos,

adicione 1 ponto ao escore total para ajustar a fragilidade dos idosos.

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

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

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

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

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

Marcia Lima  
Nutricionista  
CRM 4 8000

Nutricionista

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

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



**HOSPITAL  
DOM HELDER**



**SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA**

**DATA : 06/07/2019**

## **EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

|                             |             |  |
|-----------------------------|-------------|--|
| NOME: LUCIA LAUDICLEIA AVES |             |  |
| ENFERMARIA/ LEITO 405-1     | REG: 119576 |  |

**405-1**

## **EVOLUÇÃO CLINICA**

**DIAGNOSTICO: FRATURA RADIODISTAL**

**Pct no MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL. AGUARDA PARECER CARDIO**

**1) EGR/AAA/LOTE/EUPNEICO**

**2) GLASGOW 15**

**3) NERVOVASCULAR (+)**

**PACIENTE NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL, NEGA QUEIXAS,**

**CONDUTA :**

**AGUARDA CARDIO**

Dr. Igor Abuteb  
Médico CKB PE 0779

24 AGO 2019





Exame Físico:

*[Handwritten scribbles]*

Antecedentes Pessoais:

*[Handwritten scribbles]*

Medicações em Uso:

*[Handwritten scribbles]*

Antecedentes Familiares:

*[Handwritten scribbles]*

Hipótese Diagnóstica Principal:

*Fratura com Talco Ditt*

Hipóteses Diagnósticas Secundárias:

*[Handwritten scribbles]*

Plano Terapêutico:

*Ho ceper*

Cabo de Santo Agostinho, *24*, 08, 19

*Bruno Baltro*  
Assessor de Informática  
CPF: 25.633.000-00

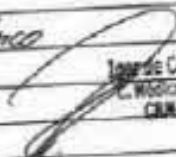
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES / PE  
Hospital Metropolitano Sul - Dom Helder Câmara  
Rodovia BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000  
Cabo de Santo Agostinho - PE



## EVOLUÇÃO CLÍNICA

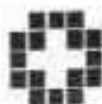
Nome: Guilherme Alves Registro: 119.576

Clinica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: 405.03 Leito: \_\_\_\_\_

| Data/Hora         | Observações                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                   | Atendimento Nutricional<br>21/08/19 Horário 14:00h<br>Nutricionista Responsável: <u>Solange Lyra</u><br>CRN-8 6658                                                                                                                                                       |
|                   | Paciente triada e classificada<br>em NAW Secundário.<br>Segue sob Acompanhamento.                                                                                                                                                                                        |
| 25/08/19          | #Cario#<br>Sem comprometimento<br>Sem queixas cardiorrespiratórias<br>RR 15 AMF 5/65<br>MM 14 5/10A<br>Bate cinco<br><br>Jorge Carvalho Alves<br>Médico Cardiologista<br>CRM-PE 22041 |
| 25-08-19<br>17:30 | PRP Pai sem Causa: Exst. radio distal E. gadi<br>EG B; Consente: giratório, eufônico, obstruído;<br>ocasional, AVP 4.50 (Dimensão Veloc)<br>relatório: Curva ⊕ acuta distal VO.<br>Segue na JRD sob os cuidados da equipe                                                |

COD. 38251





HOSPITAL  
**DOM HELDER CAMARA**



### EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Luiza Landileir Alves de Nova Registro: 119576

Clinica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: 405 Leito: 1

| Data/Hora         | Serviço Social                                                                                                                                                                        |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 25/08/19<br>6:20h | enf. informe que o pai pede para avisar a sua família que talvez pare virá-la pela mãe. Realizado contato com a família, feli com o Sr. Ronaldo, esposa do pai, repassada informação. |
|                   | Assistente Social<br><i>[assinatura]</i>                                                                                                                                              |
|                   | <b>HOSPITAL GONÇALVES CANOVA</b><br>Solange Lyra<br>Faturamento / BAME<br>EMI                                                                                                         |

CÓD. 3825

CÓD. 38251





**HOSPITAL  
DOM HELDER**



**SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA**

**DATA: 26/8/2019 11:14**

**EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

|      |                                |        |
|------|--------------------------------|--------|
| NOME | LUCIA LAUDICEIA ALVES DE MOURA | 119576 |
|      |                                |        |

**EVOLUÇÃO CLINICA  
ALTA ORTOPEDIA**

**HD: FRATURA RADIO DISTAL ESQUERDO**

**CD: FIXAÇÃO COM PLACA EM T**

**PCT EVOLUINDO EM BOM ESTADO GERAL APÓS TTO CIRURGICO, NO MOMENTO SEM QUEIXAS, E SEM SINAIS INFECCIOSOS**

**1)EGR/AAA/LOTE/EUPNEICO**

**2) GLASGOW 15**

**3) NERUOVASCULAR (+)**

**ALTA A PEDIDO DR IJACIEL**

- **CONDUTA :**
- **ALTA PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL + FISIOTERAPIA**
- **ORIENTAÇÕES AO PCTE E FAMILIA SOBRE CUIDADOS, RISCOS E RETORNO**
- **MEDICAÇÃO PARA CASA**
- **RETORNO AMBULATORIAL**
- **ATESTADO**
- 

Dr. Igor Abutras  
Médico ORTOPEDIA  
26 AGO 2019



**Ficha de Cirurgia Descritiva**

Id de Cirurgia: 42685 Sala: 0002 SALA 02  
Paciente: 119578 LUCIA LAUDICEIA ALVES DE MOURA Atendimento: 518464  
Convênio Atend.: 1 SUS - INTERNACAO Carteira:  
Leito: 716 405 - 01 - LT TRAUMA Idade: 66 Anos  
Dt. Inicio: 25/08/2019 16:08 Dt. Fim: 25/08/2019 17:14

Pré-Operatório:

Pós-Operatório:

**Procedimentos**

Procedimento: 0408020431 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULNA (PRINCIPAL)  
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO  
Anestesia: 29 BLOQ PLEXO BRAQUIAL

**Equipe Médica**

Cirurgião: 18569 MAVINIER MENDES DE OLIVEIRA

**Descrição**

**Descrição Cirúrgica:**

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA  
HD: FRATURA DE TERÇO DISTAL DE RADIO ESQUERDO ( ARTICULAR )  
PROPOSTA: PLACA EM T

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM MESA CIRÚRGICA SOB ANESTESIA TIPO BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL
2. Esvaziamento do membro e garroteamento MSE
3. ASSEPSIA + ANTI-SEPSIA
4. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
5. REALIZADO MANOBRAS PARA REDUÇÃO CRUENTA FRATURA-LUXACAO DE RÁDIO DISTAL DIR
6. FIXAÇÃO DE PLACA EM "T" 3.5MM + ESTABILIZAÇÃO DA FRATURA COM PARAFUSOS CORTICAIS
7. LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF A 0,9% + FECHAMENTO POR PLANOS
8. RETIRADA DE GARROTE + COMPRESSÃO + HEMOSTASIA
9. SUTURA
10. CURATIVO

**Descrição Complementar**

Achados Cirúrgicos:

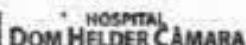
Dr. Maviner Mendes de Oliveira  
CRM 18569

DR(A): MAVINIER MENDES DE OLIVEIRA  
CRM: 18569

Hospital Metropolitano Dom Helder Camara  
Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico  
Paturamento: SAME  
30 AGO 2019

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA





## Data

### Amiodarone

2, 5, 0, 8, 15

|                                         |      |     |       |      |
|-----------------------------------------|------|-----|-------|------|
| Paciente                                | Sexo | Cor | Idade | Raça |
| Liviana da Silva Almeida Alves de Moura | F    | P   | 69    | B    |

| CRM    | Nome do Anestesiista | Nome do Cirurgião |
|--------|----------------------|-------------------|
| 141317 | ANNE GABRIELLY       | MARVIN NIEA       |

|                          |                                              |          |                                         |                              |
|--------------------------|----------------------------------------------|----------|-----------------------------------------|------------------------------|
| Medicação Pré-anestésica | <input checked="" type="checkbox"/> R 119576 | Urgência | <input checked="" type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> SIM |
|--------------------------|----------------------------------------------|----------|-----------------------------------------|------------------------------|

Gruppe 1b: unregelmäßig feld. räder E

[illegible]

| Monitorização                                    |                                                |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Cardiostópio | <input type="checkbox"/> BIS                   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro     | <input type="checkbox"/> Temperatura           |
| <input checked="" type="checkbox"/> PNI          | <input type="checkbox"/> Swan-Ganz             |
| <input type="checkbox"/> Sonda Vesical           | <input type="checkbox"/> Analisador Gases      |
| <input type="checkbox"/> Gasnógrafo              | <input type="checkbox"/> PVC                   |
| <input type="checkbox"/> Elet. Pré-Cordial       | <input type="checkbox"/> Estimulador de Nervos |
| <input type="checkbox"/> Outros                  | <input type="checkbox"/> Linha Arterial        |
|                                                  | <input type="checkbox"/> Volumea (BP Plus)     |

**Encaminhado**

☐ Acreditado

☒ Sonolento

☐ Intubado

**Destino**

☒ SRPA

☐ Apoio/Ent.

☐ UTI

☐ Externo

Intercomência: ☐ NÃO ☐ SIM

Descrição: 15h45 Garoto  
Retorno garoto 16h15

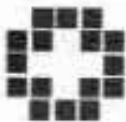
Observações:

*[Handwritten signature and stamp]*

Asesoratura de Asesoramiento







HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO  
IMIP  
HOSPITALAR

### 1. Identificação

Leito da SRPA: 4

Nome: LAURILIA LEONILIA data: 25/08/19 Hora: 16:30 Registro: 119576  
Leito de origem: 405

### 2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Trc. Fratura da Rada  
Tipo de anestesia: Blcp. de Pivco  
Equipe: Dr. Nambiar Anestesista: Dr. Ane

### 3. Admissão

Estado geral: ( ) Bom (X) Regular ( ) Torporoso ( ) Grave<sup>o</sup>  
Respiração: (X) Espontânea ( ) Assistida não invasiva ( ) Entubado ( ) Traqueostomizado  
Sonda: ( ) SVD ( ) SNG ( ) SNE  
Acesso Venoso Periférico: ( ) Não (X) Sim Onde: \_\_\_\_\_  
Acesso Venoso Central: (X) Não ( ) Sim Onde: \_\_\_\_\_  
Drenos: (X) não ( ) sim Onde: \_\_\_\_\_  
Sinais vitais: PA: 164 x 87 mmHg FR: — p/min FC: 63 p/min SaPO2: 97%  
Glasgow: —

### 4. Monitorização

| SSVV/<br>Horário | 15'      | 30'      | 60'      | 1:30 h   | 2:00 h   | 3:00 h |
|------------------|----------|----------|----------|----------|----------|--------|
| PA               | 164 x 87 | 166 x 80 | 130 x 85 | 162 x 85 | 154 x 87 |        |
| FR               | —        | —        | —        | —        | —        |        |
| FC               | 62       | 61       | 59       | 64       | 69       |        |
| SaPO2            | 98%      | 96%      | 96%      | 95%      | 95%      |        |
| Glasgow          | —        | —        | —        | —        | —        |        |

### 5. Intercorrências/observações:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: 148 x 77 FC: 62 FR: — SaPO2: 98% Glasgow: —

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

Data: 25/08/19 Horário: \_\_\_\_\_ Responsável pelo encaminhamento: \_\_\_\_\_

Assinatura da SRPA pelo médico: \_\_\_\_\_

Rodrigo Carvalho  
Médico  
CRM/PE 13.258



**CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM**  
**AUXILIAR/TÉCNICO DE ENFERMAGEM**

Nome: Lucia Landiello ARND Registro: 119576  
Clínica: 82 Enfermaria: SRPA Leito: 4  
Sexo: F Peso de admissão: \_\_\_\_\_ Kg Peso Atual: \_\_\_\_\_ Kg

**Hipótese Diagnóstica:**

HORA: 8:00 ON DIURNO PLANTÃO DIURNO: Empor DATA: 25 10 2019

Estado Geral .....: ( ☒ ) Regular ( ☐ ) Grave ( ☐ ) Gravíssimo  
Dieta .....: ( ☒ ) VO ( ☐ ) SNG ( ☐ ) SNE ( ☐ ) SML ( ☐ ) SOG ( ☐ ) Dieta Zero  
Padrão Respiratório ....: ( ☒ ) Eupneico ( ☐ ) Taquipneico ( ☐ ) Bradipneico  
Acesso Venoso .....: ( ☒ ) Periférico ( ☐ ) Central Local: \_\_\_\_\_  
Curativo .....: ( ☐ ) Sim ( ☐ ) Não Local: \_\_\_\_\_  
Drenos .....: ( ☐ ) Sim ( ☐ ) Não Local: \_\_\_\_\_  
Evacuações .....: ( ☐ ) Presente ( ☐ ) Ausente Aspecto: \_\_\_\_\_

Observações: FCt constante, orientada, aderente em  
exame no leito sem queixas até o momento, dados  
os cuidados, afecção de SNG e medicada LPA, segue  
em obs.

Rosineide Lopes Silva  
Téc. de Enfermagem  
COREN 556.827

Auxiliar / Técnico de Enfermagem: \_\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_\_ PLANTÃO NOTURNO: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

Estado Geral .....: ( ☐ ) Regular ( ☐ ) Grave ( ☐ ) Gravíssimo  
Dieta .....: ( ☐ ) VO ( ☐ ) SNG ( ☐ ) SNE ( ☐ ) SML ( ☐ ) SOG ( ☐ ) Dieta Zero  
Padrão Respiratório ....: ( ☐ ) Eupneico ( ☐ ) Taquipneico ( ☐ ) Bradipneico  
Acesso Venoso .....: ( ☐ ) Periférico ( ☐ ) Central Local: \_\_\_\_\_  
Curativo .....: ( ☐ ) Sim ( ☐ ) Não Local: \_\_\_\_\_  
Drenos .....: ( ☐ ) Sim ( ☐ ) Não Local: \_\_\_\_\_  
Evacuações .....: ( ☐ ) Presente ( ☐ ) Ausente Aspecto: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

Auxiliar / Técnico de Enfermagem: \_\_\_\_\_

**PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM**

| Técnico de Enfermagem | Horário | Responsável |
|-----------------------|---------|-------------|
|                       |         |             |
|                       |         |             |
|                       |         |             |
|                       |         |             |







Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara  
IMIP Hospitalar  
CNPJ: 09.039.744/0006-60

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

### CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 116676

Atribuição: 516464

Dr. Cad: 24/08/2019

Nome: LUCIA LAUDICEIA ALVES DE MOURA

Dr. Nasc: 01/09/1950

Mãe: TEREZINHA LINS ALVES

Bairro: MURIBECA

End.: RUA DA AZALEIA

Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES

Enferm.: 405 - 01 - LT TRAUMA

Leito: 715

CNS:

#### ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

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

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

O paciente tem alguma alergia?

- ☒ Não *S.C.*
- ☐ Sim

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

- ☒ Não
- ☐ Sim e há equipamento disponível

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

- ☒ Não
- ☐ Sim e há equipamento disponível

#### ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

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

Antecipação de eventos críticos:

- ☒ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia?  
Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? *± 1h 20'*

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

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

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- ☒ Sim
- ☐ Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

- ☒ Sim *Rx*
- ☐ Não se aplica

#### ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- ☒ Nome do procedimento realizado *Pro. Cirurg. Ext. radio distal (2°)*
- ☐ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica)
- ☐ Biópsias estão identificadas com o nome do paciente
- ☐ Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido *Não*
- ☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente

*Pos - OP / 5h 45m*

*[Assinatura]*



| <br><b>HOSPITAL</b><br><b>DOM HELDER CAMARA</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA</b><br><b>DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA</b><br><b>BLOCO CIRÚRGICO - SRPA</b> |  | <b>GESTÃO</b><br><b>IMIP</b><br><b>HOSPITALAR</b> |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------|--|
| Nome: <u>Lucas Landi Pina Filho de Xavier</u>                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Registro: <u>119516</u>                                                                                      |  | Leito: _____                                      |  |
| Procedimento cirúrgico: <u>Do Biquinho - Exat: apêndicite (E)</u>                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Data: <u>25/08/19</u>                                                                                        |  | Hora: _____                                       |  |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                      | INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | HORÁRIOS                                                                                                     |  |                                                   |  |
| 1. Ansiedade (✓)                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> Encorajar verbalização dos sentimentos e medos<br><input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar apoio emocional<br><input checked="" type="checkbox"/> Dar informação ao paciente e familiares<br><input type="checkbox"/> Outros _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                              |  |                                                   |  |
| 2. Ventilação prejudicada ( )                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado<br><input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário<br><input type="checkbox"/> Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz<br><input type="checkbox"/> Manter o paciente em posição de Fowler<br><input type="checkbox"/> Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR<br><input type="checkbox"/> Instalar ( ) Manter ( ) Anotar oximetria de pulso<br><input type="checkbox"/> Outros _____                                                                                                      |                                                                                                              |  |                                                   |  |
| 3. Padrão de eliminação urinária<br>( ) Diminuído ( ) Aumentado                                                                  | <input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ____/____h<br><input type="checkbox"/> Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen)<br><input type="checkbox"/> Colocar o paciente em posição de Fowler<br><input type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição<br><input type="checkbox"/> Registrar se: ( ) Dor ao urinar<br><input type="checkbox"/> Abaulamento em região suprapúbica ( ) Ausência de diurese espontânea<br><input type="checkbox"/> Outros _____ |                                                                                                              |  |                                                   |  |
| 4. Dor (✓)<br>Local: _____<br>(✓) Leve ( ) Moderada ( ) Severa                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente<br><input checked="" type="checkbox"/> Avaliar a localização e a intensidade da dor<br><input checked="" type="checkbox"/> Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação<br><input checked="" type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da dor<br><input checked="" type="checkbox"/> Registrar características e intensidades da dor<br><input checked="" type="checkbox"/> Outros _____                                                                                        |                                                                                                              |  |                                                   |  |
| 5. Integridade tissular prejudicada (✓)                                                                                          | <input type="checkbox"/> Descrever características da lesão<br><input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo a cada <u>24/24</u> h<br><input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação<br><input type="checkbox"/> Medir débito de dreno de ____/____h<br><input checked="" type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por <u>24</u> h<br><input type="checkbox"/> Outros _____                                                                                                                                               | 09                                                                                                           |  |                                                   |  |
| 6. Sangramento (✓)<br>Local: _____<br>(✓) Leve ( ) Moderada ( ) Severo                                                           | <input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de ____/____ min<br><input type="checkbox"/> Manter elevado: _____<br><input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo oclusivo<br><input checked="" type="checkbox"/> Outros _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                              |  |                                                   |  |
| 7. Imobilidade no leito prejudicada ( )                                                                                          | <input type="checkbox"/> Pinçar dreno ao manusear o paciente<br><input type="checkbox"/> Avaliar mobilização de dreno (Tractionado)<br><input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                              |  |                                                   |  |

CÓD. 38805



**IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL**

**1. Identificação**

Nome: Lucia Landilene Alves de Sousa Data: 25/08/19 Registro: 119576  
Convênio: SUS Leito: \_\_\_\_\_ Hora: 15:00

**2. Equipe médica:**

Cirurgião: Dr. Marciel 1º auxiliar: \_\_\_\_\_  
Anestesista: Dr. Anne Instrumentador: Bep  
Circulante: Silvia

| INSTRUMENTAL              | VALIDADE                            | INDICADOR                           |
|---------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| lap<br>copete<br>rotor    | due → exp: 08.19.01<br>1- IN-STREAM | due → exp: 08.19.01<br>1- IN-STREAM |
| lanta 3.5<br>Punho<br>MMS | due → exp: 08.19.01<br>1- IN-STREAM |                                     |
| atoduna<br>Esmorech       | due → exp: 08.19.01<br>1- IN-STREAM |                                     |
|                           | due → exp: 08.19.01<br>1- IN-STREAM |                                     |
|                           | due → exp: 08.19.01<br>1- IN-STREAM |                                     |
|                           | due → exp: 08.19.01<br>1- IN-STREAM |                                     |
|                           | due → exp: 08.19.01<br>1- IN-STREAM |                                     |
|                           | due → exp: 08.19.01<br>1- IN-STREAM |                                     |



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

**1 - IDENTIFICAÇÃO:**

Nome: Lúcia Landiléia Alves de Moura Data: 25-08-19 Hora: 15:00 Registro: U9546  
Convênio: SUS Leteira: \_\_\_\_\_ Paciente: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

**2 - EQUIPE MÉDICA:**

Cirurgião: Dr. Martinis Anestesiologista: Dr.  
Auxiliar: \_\_\_\_\_ 2º Auxiliar: \_\_\_\_\_ Instrumentador: Bel

**3 - DADOS DA CIRURGIA:**

Cirurgia: Tratamento de fratura de fêmur Início: 15:25 Término: 16:20  
Anestesia: Algodão + Soro Início: 15:15 Término: 16:20

**4 - PRÉ-OPERATÓRIO:**

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

**5 - TRANS-OPERATÓRIO:**

Posição: Fowler ( ) Lateral ( ) Dorsal ( ) Ventral ( ) Ginecológica ( )  
Banco de Sangue ( ) Laboratório ( ) Radiologia ( ) Peça Cirúrgica: Sim ( ) \_\_\_\_\_

**5.1 - EQUIPAMENTOS:**

Oxímetro de Pulso ☒ Monitor Cardíaco ☒ PSI ☒ Bomba CEC ☐ Aspirador ( )  
Colchão Térmico ( ) Eletrodo Ultrassônico ( ) Artroscópio ( ) Microscópio ☐ Capnógrafo ( )  
Eletrodo Elétrico ( ) Local de Placa \_\_\_\_\_  
Cabo de Anestesia ( ) Difusor ( ) Intensificador ( )  
Ap. Vídeo ( ) Bomba de Infusão ( ) Nº ( )  
Oxigênio ( ) Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_  
Protetor ( ) Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_  
Gás Carbônico ( ) Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_  
Outros: \_\_\_\_\_

**5.1 - PROCEDIMENTOS:**

Câncer Ototracheal: Sim ( ) Não ☒ Puncão Venoso: Sim ( ) Não ( )  
Punção Venosa de Demora: Sim ( ) Não ( ) Sonda Gástrica: Sim ( ) Não ( )  
Injeção (Tipo e Local): Sim ( ) Não ( )  
Curativo (Tipo e Local): Sim ☒ Não ( )

**5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:**

ANESTESIA: \_\_\_\_\_ CIRURGIA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6 - OBSERVAÇÕES:**

Operação 15:30 OK. Retirada 16:20

**7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO**

Paciente: Acordado ☒ Narcose ( ) Estabelecido ( ) Traqueostomizado ( )  
Enviado para: SRA ☒ S. Intensiva ( ) LICOR ( ) UTI ( ) Agt ( ) Residência ( )

Data: 25-08-19 Hora: 15:25 Enfermeira: Danielle Circulante: Silvia

COD. 38807



PACIENTE: Julia Bandeira Alves de Mena DATA: 25/07/20  
 CIRURGIÃO: Dr. Maximo RG: 239576  
 ANESTESISTA: Dr. Anne  
 CIRURGIÃO: Dr. In. de Freitas de Sousa  
 INSTRUMENTADOR: Isabel COORDENAÇÃO DO BLOCO: Idonea  
 INICIANTE: Silvia HORÁRIO INICIAL: 15:00 HORÁRIO FINAL: 16:20  
 ENFERMEIRA: Danielle

| DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA |                |                |                |
|----------------------------------|----------------|----------------|----------------|
| AGULHAS                          |                |                |                |
| 13X4,5                           | 25X7           | 25X8           | 40X12          |
| ARIDIOPLÉGICA                    | STIMUPLEX      | BAQUI 25       | BAQUI 27       |
| ATADURAS                         |                |                |                |
| CREPE 10CM                       | CREPE 15CM     | CREPE 20CM     | CREPE 30CM     |
| CESSADA 10CM                     | CESSADA 15CM   | CESSADA 20CM   |                |
| CANULAS                          |                |                |                |
| ASQUEOST 7,0                     | TRAQUEOST 7,5  | TRAQUEOST 8,0  | TRAQUEOST 8,5  |
| TRAL OST 9,0                     |                |                |                |
| CATETER                          |                |                |                |
| NASAL                            | CENTRAL PVC    | EPIDURAL 16    | SUBCLÁVIA 16   |
| PERIDURAL 17                     | JELCO 18       | JELCO 18       | JELCO 18       |
| JELCO 20                         | JELCO 22       | JELCO 24       |                |
| LIMPADORES                       |                |                |                |
| CLIP 100                         | CLIP 200       | CLIP 300       | CLIP 400       |
| CURATIVOS                        |                |                |                |
| ADAPTIC                          | KERLIX         | FURLON         | TELA MARLEX    |
| EQUIPOS                          |                |                |                |
| BOMBA                            | BOMBA FOTO     | PISANQUE       | P/BORO MACRO   |
| EXTENSORES                       |                |                |                |
| 30CM                             | 40CM           | 60CM           | 120CM          |
| LAMINAS                          |                |                |                |
| 3" MARI 11                       | BISTURI 12     | BISTURI 15     | BISTURI 20     |
| TURI 22                          | BISTURI 24     | DERMATOMO 5    |                |
| LUVAS                            |                |                |                |
| LUVA 7,0                         | LUVA 7,5       | LUVA 8,0       | LUVA 8,5       |
| SERINGAS                         |                |                |                |
| 1ML                              | 3ML            | 5ML            | 10ML           |
| 20ML                             | 60ML           | 50ML CATETER   |                |
| AVENTAL CIRUR                    | B5 COLOSTOMIA  | COMPRESSAS     | CAPA P/ VIDEO  |
| COLET. ABERTO                    | COLET. FECHADO | CONEXÃO 2VIAS  | CONEXÃO 4VIAS  |
| ELETRODOS                        | FILTRO UMIDIF  | GAZES          | GELFOAN        |
| KIT CIRURGICO                    | LATEX          | TORNEIRA 3VIAS | PRESERV. URINA |
| SCALP 21                         | SCALP 23       | TRANSOFIX      | TRANS. PRESSAO |

| DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA |                |                |                |
|----------------------------------|----------------|----------------|----------------|
| DRENOS                           |                |                |                |
| KHER 8                           | KHER 10        | KHER 12        | KHER 14        |
| KHER 16                          | SUCCÃO 3,2     | SUCCÃO 4,5     | SUCCÃO 6,4     |
| BLAKER 19FR                      | BLAKER 24FR    | TORAX 20       | TORAX 26       |
| TORAX 28                         | TORAX 30       | TORAX 32       | TORAX 36       |
| SONDAS                           |                |                |                |
| ENTERAL 10                       | ENTERAL 12     |                |                |
| ASPIRAÇÃO 10                     | ENDOTRAQ 2,0   | ENDOTRAQ 2,5   | ENDOTRAQ 3,0   |
| ENDOTRAQ 3,5                     | ENDOTRAQ 4,0   | ENDOTRAQ 4,5   | ENDOTRAQ 5,0   |
| ENDOTRAQ 5,5                     | ENDOTRAQ 6,0   | ENDOTRAQ 6,5   | ENDOTRAQ 7,5   |
| ENDOTRAQ 7,5                     | ENDOTRAQ 8,0   | ENDOTRAQ 8,5   | ENDOTRAQ 9,0   |
| FOLEY 3VIAS 14                   | FOLEY 3VIAS 16 | FOLEY 3VIAS 18 | FOLEY 3VIAS 20 |
| FOLEY 2VIAS 06                   | FOLEY 2VIAS 08 | FOLEY 2VIAS 10 | FOLEY 2VIAS 12 |
| FOLEY 2VIAS 14                   | FOLEY 2VIAS 16 | FOLEY 2VIAS 18 | FOLEY 2VIAS 20 |
| NASO 10                          | NASO 12        | NASO 14        | NASO 16        |
| NASO 18                          | NASO 20        | NASO 22        | URETRAL 4      |
| URETRAL 5                        | URETRAL 8      | URETRAL 10     | URETRAL 12     |
| URETRAL 14                       | URETRAL 16     | URETRAL 18     | URETRAL 20     |
| FIOS CIRÚRGICOS                  |                |                |                |
| ALGODÃO 0                        | ALGODÃO 2-0    | ALGODÃO 3-0    | FITA CARDIACA  |
| CROMADO 6                        | CROMADO 1      | CROMADO 2-0    | CROMADO 3-0    |
| CROMADO 4-0                      | SIMPLES 2-0    | SIMPLES 3-0    | SIMPLES 4-0    |
| SIMPLES 5-0                      | NYLON 2-0      | NYLON 3-0      | NYLON 4-0      |
| NYLON 5-0                        | NYLON 6-0      | NYLON 8-0      | NYLON 9-0      |
| NYLON 10-0                       | POLIESTER 2    | POLIESTER 2-0  | POLIESTER 3-0  |
| POLIESTER 4-0                    | POLIESTER 5    | PROLENE 0      | PROLENE 2      |
| PROLENE 2-0                      | PROLENE 3-0    | PROLENE 4-0    | PROLENE 5-0    |
| VICRYL 0                         | VICRYL 1       | VICRYL 2-0     | VICRYL 3-0     |
| VICRYL 4-0                       | CERA PIONSO    | MARGAPASSO     | VALVEKIT       |
| SEDA 2-0                         | SEDA 3-0       | MONOCRYL 3-0   | MONOCRYL 4-0   |
| BURGIGEL 5XTS                    | ACO 1          | ACO 4          | ACO 6          |

COD. 38407





HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA

Data: 25 / 06 / 20

## CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

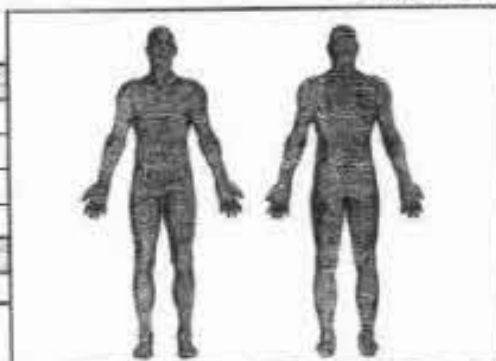
Hora: 06:00

GESTÃO  
IMIP  
HOSPITALAR

| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE           |                         |
|-------------------------------------|-------------------------|
| Nome: <u>Américo Lourenço Alves</u> |                         |
| Data de Nascimento: <u>01/09/50</u> | Registro: <u>339576</u> |
| Sector: <u>Rodão</u>                | Leito: <u>405-01</u>    |

| SINAIS VITAIS     |                  |                |
|-------------------|------------------|----------------|
| PA: <u>130x80</u> | T: <u>35,5°C</u> | HGT: <u>84</u> |
| Observação:       |                  |                |



| ENTREVISTA  |            |                                             |                                               |
|-------------|------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| HIPERTENSO: | SIM ( )    | NÃO ( <input checked="" type="checkbox"/> ) | MEDICAÇÃO EM USO: _____                       |
| DIABÉTICO:  | SIM ( )    | NÃO ( <input checked="" type="checkbox"/> ) | MEDICAÇÃO EM USO: _____                       |
| HÁBITOS:    | TABAGISTA: | SIM ( <input checked="" type="checkbox"/> ) | NÃO ( ) Há quantos anos: _____ Qtd/dia: _____ |
|             | ETILISTA:  | SIM ( <input checked="" type="checkbox"/> ) | NÃO ( ) Há quantos anos: _____ Qtd/dia: _____ |

| EXAMES SOLICITADOS                                 |                                             |                   |                               |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------|-------------------------------|
| IMAGEM: RX ( <input checked="" type="checkbox"/> ) | TAC c/ Contraste ( )                        | USG ( )           | ECO ( )                       |
|                                                    | TAC s/ Contraste ( )                        | RNM ( )           | CATE ( )                      |
| LABORATORIAL: SIM ( ) NÃO ( )                      |                                             | Observação: _____ |                               |
| PARECER CARDIOLÓGICO:                              | SIM ( )                                     | NÃO ( )           | Risco Cirúrgico: _____        |
| RESERVA DE HEMODERIVADOS:                          | SIM ( <input checked="" type="checkbox"/> ) | NÃO ( )           | GRUPO SANGÜÍNEO: _____        |
| RESERVA DE LEITO DE UTI:                           | SIM ( )                                     | NÃO ( )           | Qual? UTI: _____ LEITO: _____ |

| ALERGIA                                     |                                        | USO DE SONDAS   |         |
|---------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------|---------|
| SIM ( )                                     | QUAL: _____                            | SNE ( )         | SNG ( ) |
| NÃO ( <input checked="" type="checkbox"/> ) | OBSERVAÇÃO: _____                      | SVD ( )         |         |
|                                             |                                        | Outra: _____    |         |
| ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO                     |                                        | DRENO           |         |
| SIM ( )                                     | QUAL: _____                            | SIM ( ) NÃO ( ) |         |
| NÃO ( )                                     | OBSERVAÇÃO: _____                      | Qual: _____     |         |
|                                             |                                        | Local: _____    |         |
| SIM ( )                                     | QUAL: _____                            |                 |         |
| NÃO ( )                                     | HORÁRIO DA ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO: _____ |                 |         |

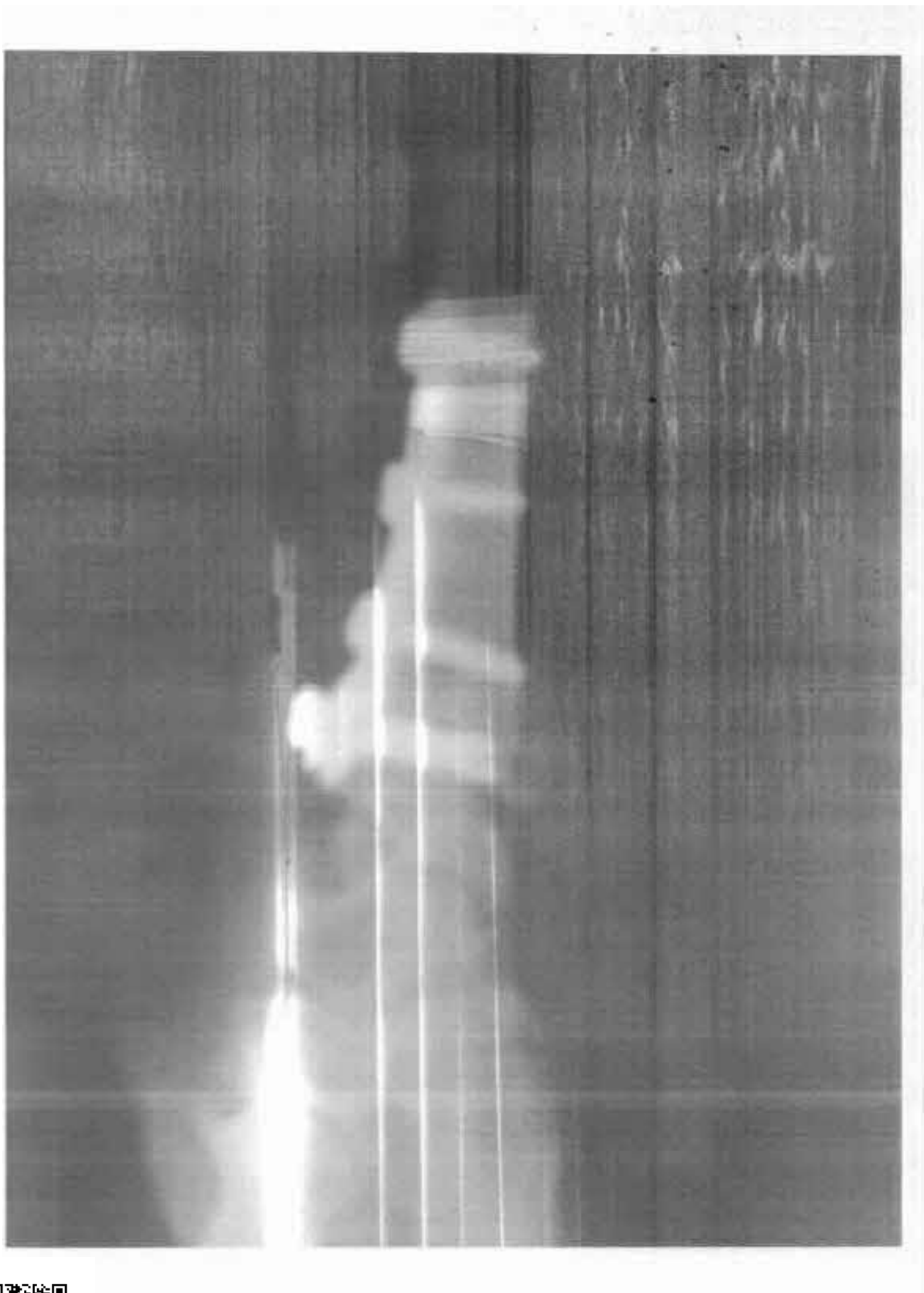
| CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE         |                                                                           |                   |                                                                                                            |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| JEIUM:                              | SIM ( <input checked="" type="checkbox"/> )                               | NÃO ( )           | À partir do dia: <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> às: <u>  </u> : <u>  </u> : <u>  </u> Observação: _____ |
| HIGIENIZAÇÃO:                       | SIM ( <input checked="" type="checkbox"/> )                               | NÃO ( )           | Observação: _____                                                                                          |
| TRICOTOMIA:                         | SIM ( )                                                                   | NÃO ( )           | Observação: _____                                                                                          |
| RETIRADO ADORNOS:                   | SIM ( <input checked="" type="checkbox"/> )                               | NÃO ( )           | RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA: SIM ( ) NÃO ( )                                                                 |
| CIRURGIAS ANTERIORES:               | SIM ( ) Quais/Datas: _____<br>NÃO ( )                                     |                   |                                                                                                            |
| ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE: | SIM ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Quais/Datas: _____<br>NÃO ( ) |                   |                                                                                                            |
| PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:          | SIM ( )                                                                   | Observação: _____ | LATERALIDADE DEMARCADA: SIM ( ) NÃO ( )                                                                    |
|                                     | NÃO ( )                                                                   |                   | Observação: _____                                                                                          |

Enfermeiro Responsável: \_\_\_\_\_

CÓD. 38404

e Carimbar)









Consulte sua fatura na internet  
ou nos canais eletrônicos do Itaú.



FINCHAMOUNT PLD



LUCIA LAUDINEA ALVES DE MOURA  
R DA AZALEIA 47  
CASA - MURIBECA  
54350-330 JABOATAO DOS GU - PE



2010-01-14 10:10:10

File in the Proceedings: 12/12/2005

(Data de Vencimento: 13/12/2019)

Case no. 44166660 (enrolled 12/11/2012)

Data prevista de fechamento da próxima febre: 30/12/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 019ª CIRCUNSCRIÇÃO - PRAZERES - DP19ªCIRC  
DIM/5ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0109000307

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 12/01/2020 às 11:18

Complementa o BO Número: 19E0109008762

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado)** que aconteceu no dia 23/8/2019 às 17:00

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA BARRETO DE MENEZES, 1** - Bairro: **GUARARAPES** - **JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **COBAL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)  
VERA CRUZ (OUTRO)  
LUCIA LAUDCEA ALVES DE MOURA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): VERA CRUZ

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

**LUCIA LAUDCEA ALVES DE MOURA (presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **TEREZINHA LINS ALVES** Pai: **LEONARDO BORBA ALVES** Data de Nascimento: **1/9/1950** Naturalidade: **AMARAJI / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **DO LAR** Endereço Residencial: **RUA AZALEIA, 47 - CEP: 55000-000 - Bairro: MURIBECA - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

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

**ÔNIBUS (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **VERA CRUZ** que estava em posse do(a) Sr(a): **VERA CRUZ**  
Categoria/Marca/Modelo: **ÔNIBUS/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

12/01/2020 11:22



INFORMA A QUEIXOSA QUE HAVIA FEITO COMPRAS NO SUPER MERCADO PROXIMO DA COBAL E COM SACOLA NO BRAÇOS SE DIRIGIU PARA A PARADA DE ÔNIBUS, COM DESTINO PARA A SUA RESIDENCIA QUE COMO ESTAVA COM SACOLAS NO BRAÇOS DEIXOU ALGUMAS PESSOAS SUBIREM, CITA A MESMA QUE FICOU POR ULTIMO MAS QUANDO FOI SUBIR NO COLETIVO O CONDUTOR DO VEICULO DEU PARTIDA FAZENDO COM QUE QUEIXOSA SE DESIQUILIBRASSE E FOSSE AO SOLO CAINDO SOBRE O SEU BRAÇO ESQUERDO, CAUSANDO UMA FRATURA, CITA AINDO A QUEIXOSA QUE O CONDUTOR DO VEICULO NÃO PAROU PARA PRESTA SOCORRO, SAINDO DO LOCAL, QUE A MESMO FOI SOCORRIDA PARA A UPA DO IBURA POR POPULARES, E DEPOIS TRANFERIDA PARA O HOSPIUTAL DOM HELDER, SENDO SUBMETIDA A UMA INTERVENÇÃO CIRURGICA. FICANDO INTERNADA POR DOIS DIAS, E EM SEGUIDA SENDO LIBERADA. CASO AFETO A 19ªCIRC.

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

*Lucia Alves de Moura*

LUCIA LAUDCEA ALVES DE MOURA  
(VITIMA)

B.O. registrado por: ALDECLIN SANTOS DA SILVA Matrícula: 1529480



12/01/2020 11:32





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 019ª CIRCUNSCRIÇÃO - PRAZERES - DP 19ª CIRC  
DIM/6ª DESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0109008762**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/12/2019** às **11:43**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado)**, que aconteceu no dia **24/8/2019** às **17:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA BARRETO DE MENEZES, 01** - Bairro: **GUARARAPES** -  
**JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **COBAL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)  
VERA CRUZ (OUTRO)  
LUCIA LAUDCÉA ALVES DE MOURA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

**LUCIA LAUDCÉA ALVES DE MOURA (presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **TEREZINHA LINS ALVES** Pai: **LEONARDO BORBA ALVES** Data de Nascimento: **1/8/1950** Naturalidade: **AMARAJI / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **DO LAR** Endereço Residencial: **RUA AZALEIA, 47 - CEP: 55000-000 - Bairro: MURIBECA DOS GUARARAPES - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

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

**ÔNIBUS (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **VERA CRUZ**, que estava em posse do(a) Sr(a): **VERA CRUZ**  
Categoria/Marca/Modelo: **ÔNIBUS/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

**INFORMA A QUEIXOSA QUE HAVIA FEITO COMPRAS NO SUPER MERCADO PROXIMO DA COBAL E COM SACOLA NO BRAÇOS SE DIRIGIU PARA A PARADA DE ÔNIBUS, COM DESTINO PARA A SUA RESIDENCIA**

11/12/2019 11:49



QUE COMO ESTAVA COM SACOLAS NO BRAÇOS DEIXOU ALGUMAS PESSOAS SUBIREM, CITA A MESMA QUE FICOU POR ULTIMO MAS QUANDO FOI SUBIR NO COLETIVO O CONDUTOR DO VEICULO DEU PARTIDA FAZENDO COM QUE QUEIXOSA SE DESILIBRASSE E FOSSE AO SOLO CAINDO SOBRE O SEU BRAÇO ESQUERDO, CAUSANDO UMA FRATURA, CITA AINDO A QUEIXOSA QUE O CONDUTOR DO VEICULO NÃO PAROU PARA PRESTA SOCORRO, SAINDO DO LOCAL, QUE A MESMO FOI SOCORRIDA PARA A UPA DO IBURA POR POPULARES, E DEPOIS TRANFERIDA PARA O HOSPIITAL DOM HELDER, SENDO SUBMETIDA A UMA INTERVENÇÃO CIRURGICA. FICANDO INTERNADA POR DOIS DIAS, E EM SEGUIDA SENDO LIBERADA. CASO AFETO A 19ªCIRC.

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

*Lucia laudcea alves de mouro*  
LUCIA LAUDCEA ALVES DE MOURA  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALDECLIN SANTOS DA SILVA** Matrícula: 1529480



11/12/2019 11:49



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou AR: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.000 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Atualize sua opção)

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

AGÊNCIA: 3015 CONTA: 48994

AGÊNCIA: CONTA:

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 a dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Gou de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vivente)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando 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.

34

Impressão digital de quem assina a pedido (a rogo)

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

do Representante Legal (se houver)



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAME (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou AS: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.000 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Atualize sua opção)

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

AGÊNCIA: 3015 CONTA: 48994

AGÊNCIA: CONTA:

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 a dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Gou de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vivente)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando 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.

34

Impressão digital de quem assina a pedido (a rogo)

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

do Representante Legal (se houver)







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

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200038508

Vítima: LUCIA LAUDICEA ALVES DE MOURA

Data do Acidente: 23/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCIA LAUDICEA ALVES DE MOURA

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

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar:  $12,50\% \times 13.500,00 =$  R\$ 1.687,50

Recebedor: LUCIA LAUDICEA ALVES DE MOURA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003015

Conta: 0000048994-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Lider-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200038508

Vítima: LUCIA LAUDICEA ALVES DE MOURA

Data do Acidente: 23/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCIA LAUDICEA ALVES DE MOURA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15414943

Pag. 0100001008 - carta\_01 - INVALIDEZ

00010863



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: LUCIA LAUDICEA ALVES DE MOURA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03015

CONTA: 000000048994-0

---

Nr. da Autenticação 0F723C5E70513615



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0032516/20  
Vítima: LUCIA LAUDICEA ALVES DE MOURA  
CPF: 585.217.717-20  
Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/08/2019  
CPF de: Próprio  
Titular do CPF: LUCIA LAUDICEA ALVES DE MOURA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

**LUCIA LAUDICEA ALVES DE MOURA : 585.217.717-20**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/01/2020  
Nome: LUCIA LAUDICEA ALVES DE MOURA  
CPF: 585.217.717-20

\_\_\_\_\_  
LUCIA LAUDICEA ALVES DE MOURA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2020  
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

\_\_\_\_\_  
Steffany Carolyn Lins Veloso



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3200038508 Cidade: Jaboatão dos Guararapes Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: LUCIA LAUDICEA ALVES DE MOURA Data do acidente: 23/08/2019 Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

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

Data da análise: 27/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.  
(P2,4,10,14,17,18,28)

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento  
faltante:

Apontamento do Laudo  
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos  
complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                   | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos punhos | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                         |                                              |                                                      | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3200038508 Cidade: Jaboatão dos Guararapes Natureza: Invalidez Permanente  
 Vítima: LUCIA LAUDICEA ALVES DE MOURA Data do acidente: 23/08/2019 Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

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

Data da análise: 27/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.  
 (P2,4,10,14,17,18,28)

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento  
faltante:

Apontamento do Laudo  
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos  
complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                   | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos punhos | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                         |                                              |                                                      | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |

