

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200138007 **Cidade:** Abreu e Lima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAICON ITALO GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 20/12/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 16

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PE

Nº 014806059060

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	1023815769	*****	2019

NOME

MAICON ITALO GOMES DA SILVA

ARREU E LIMA-PE

CPF / CNPJ	PLACA
097.744.264-01	OYN2071

PLACA ANT. / UF	CHASSI
***** / PE	9C2PC4710ER000491

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS / MOTOCICLETA	GASOLINA

MARCA / MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA / CBR 500R	2014	2014

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/471CL	PARTIC	VERMELHA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
IPVA 2019 QUITADO		1ª *****
Faixa IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2ª *****
1	*****	3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
80.11	0.32	84.58	12/03/19

OBSERVAÇÕES

AL. FID. BANCO HONDA SA

ARREU E	DATA
Roberto Carlos Moreira Fontelles	19/04/19

DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

CONTRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO		
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1017974183	NOME	MAICON ITALO GOMES DA SILVA
	DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF	310673307166 MD PE
	CPF	097.744.264-01
	DATA NASCIMENTO	02/12/1992
	FLUXÃO	IEZIAS GOMES DA SILVA
	RAQUEL SEVERINO	SANTOS DA SILVA
	PERMISSÃO	ACC
	CAT. HAB.	A
	Nº REGISTRO	05934298825
	VALIDADE	05/09/2018
1ª HABILITAÇÃO	20/11/2013	
1017974183	OBSERVAÇÕES	
	A	
	Assinatura do Portador	
	LOCAL	RECIFE - PE
	DATA EMISSÃO	24/12/2014
Assinatura do Emissor		57045527559 PE061833719
DETRAN - PE (PERNAMBUCO)		



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **097.744.264-01**

Nome: **MAICON ITALO GOMES DA SILVA**

Data de Nascimento: **02/12/1992**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **16/09/2008**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **14:46:17** do dia **07/01/2020** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **B3D3.5E47.28E7.6981**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

EC-3

POC 5248 7448170

Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.742.986 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/05/2017

NOME << ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS >>

FILIAÇÃO << SEBASTIÃO RADIR DANTAS >>
<< INACIA FERNANDES DANTAS >>

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE - PB DATA DE NASCIMENTO 07/04/1973

DOC. ORIGEM << CC 26745 L47B F68 CART SEDE CAMPINA GRANDE PB 20 10 2004 >>

CPF 884.647.684-00

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 30/08/83

317052661805134701.7453785 F-76 88.077 - 3422

ATENDIMENTO: AVENIDA BRASIL - NUM. - 00931 - LOJA-5 - CENTRO
ABREU E LIMA PE 53525-790

DADOS DO CLIENTE: MATRICULA: 103668667 Feb/2020
ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
R JOAQUIM NABUCO, N. 00200 - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-170
INSCRICAO: 165.135.120.0443.000 GRUPO: 7 DEB. AUTOMATICO: 103668667

TIPO DE LIGACAO	POTENCIAL	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PUBLICA
LIGADO	POTENCIAL	1	1		
HEXAMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)		
A17S224252	28/01/2020	29/02/2020	MEDIA HD		

AGUA:
LEIT ANT: 5 CONSUMO: 1
LEIT ATU: 5
LEIT FAT: 5 HD PARADO

HISTORICO DE CONSUMO REFERENCIA CONSUMO

01/2020 01
12/2019 01
11/2019 01
10/2019 01
09/2019 01
08/2019 01
MEDIA: 01

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS
TURBIDEZ	48	48	48
COR APARENTE	48	48	34
COLOR RESIDUAL	48	48	48
COLIF. TOTAIS	48	48	48
E. COLI	48	48	48

Qualidade de Agua: www.compesa.com.br

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

DESCRICAO DOS SERVICOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	1 M3	44,08
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	0 M3	64,84
MULTA P/IMPONTUALIDADE 01/2020		2,17

TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
IME	108,92	1,65	1,80
ICM	108,92	7,60	8,28

VENCIMENTO: 15/03/2020 TOTAL A PAGAR: 111,09

MENSAGEM:

IDENTIFICAMOS A EXISTENCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO
TOTAL DE R\$ 131,16. REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A NEGA-
TIVACAO E SUSPENSAO DO FORNECIMENTO DE AGUA.

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no CPF/CNPJ 884.647.684-00,

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **MAICON JTAO GOMES DA SILVA**

Inscrito (a) no CPF sob o Nº **097.744.264-01**, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima

MAICON JTAO GOMES DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº **097.744.264-01**

, conforme determinação da Circular Susep 445/12

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço AVENIDA JOAQUIM NABUCO		Número 200	Complemento CASA
Bairro TIMBÓ	Cidade ABREU E LIMA	Estado PE	CEP 53520170
Email balbinospe@hotmail.com		Telefone Comercial (DDD) (81) 3538.0069	Telefone celular (DDD) (81) 98721.5834

Assinatura e Imp/PE 01 de Abril de 2020
Rossana Lígia Fernandes Dantas
Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 027ª CIRCUNSCRIÇÃO - ABREU E LIMA - DP27ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0117000728**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/03/2020** às **10:20**

Complementa o BO Número: **20E0117000727**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **20/12/2019** às **14:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE ABREU E LIMA, 1 - Bairro: CENTRO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR\AGENTE)
MAICON ITALO GOMES DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MAICON ITALO GOMES DA SILVA**
OUTROS TIPO DE OBJETO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MAICON ITALO GOMES DA SILVA**

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

MAICON ITALO GOMES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: RAUUEL SEVERINO SANTOS DA SILVA Pai: IZAIAS GOMES DA SILVA Data de Nascimento: 2/12/1992 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8011396/SOS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO Telefones Celulares: - 81984861379

Endereço Residência: **RUA DO CARVAO, 44 - CEP: 0 - Bairro: ALTO DA BELA VISTA - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

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

MOTO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): MAICON ITALO GOMES DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): MAICON ITALO GOMES DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYN2071** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **102381578** Chassi: **9C2PC4710ER000491**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **GAS**

BURACO (OUTROS TIPO DE OBJETO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a):
MAICON ITALO GOMES DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: **DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

**VEWM O QUEIXOSO ALEGAR QUE TRANSITAVA NO CENTRO DESTA CIDADE EM SUA MOTO QUANDO PERDEU O
CONTROLE E CAIU EM UM BURACO E FRATUROU O JOELHO DIREITO.**

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

X Maicon Italo Gomes da Silva
MAICON ITALO GOMES DA SILVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **FERNANDO ROSA** - Matrícula: **152536-0**



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 027ª CIRCUNSCRIÇÃO - ABREU E LIMA - DP27ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0117000727

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/03/2020** às **10:14**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **20/12/2019** às **14:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE ABREU E LIMA, 1 - Bairro: CENTRO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/ AGENTE)
MAICON GOMES DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MAICON GOMES DA SILVA**
OUTROS TIPO DE OBJETO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MAICON GOMES DA SILVA**

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

MAICON GOMES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **RAWUEL SEVERINO SANTOS DA SILVA** Pat: **IZAIAS GOMES DA SILVA** Data de Nascimento: **2/12/1992** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8011396/S05/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares: **- 81984851379**

Endereço Residencial: **RUA DO CARVAO, 44 - CEP: 0 - Bairro: ALTO DA BELA VISTA - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MAICON GOMES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MAICON GOMES DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYN2071 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **102381576** Chassi: **9C2PC4710ERO00491**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **GAS**

BURACO (OUTROS TIPO DE OBJETO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a):

MAICON GOMES DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: **DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

VEWM O QUEIXOSO ALEGAR QUE TRANSITAVA NO CENTRO DESTA CIDADE EM SUA MOTO QUANDO PERDEU O CONTROLE E CAIU EM UM BURACO E FRATUROU O JOELHO DIREITO.

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

Maicon José Gomes da Silva
MAICON GOMES DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **FERNANDO ROSA** - Matrícula: **152536-0**

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
 ALJOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
 RECIFE, PERNAMBUCO
 CEP 50050-902
 CNPJ 10.835.932/0001-08
 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 2003
COMERCIAL 116 | PRONTI
 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 :
 Ouvidoria 0800 :
 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados de
 Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefon
 Agência Nacional de Energia Elétrica
 167-Ligação Gratuita de telefones fixos

DADOS DO CLIENTE

RAQUEL SEVERINO DOS SANTOS

CPF: 329.104.014-72

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA VISTA BELA BAIXO 44

TIMBO/ABREU E LIMA
53500-000 ABREU E LIMA PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

20/12/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

13/12/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

13/12/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

087976241

CONTA CONTRATO

001067196011

Nº DO CLIENTE

2002230673

Nº DA INSTALAÇÃO

000064045

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

77A0.8499.7966.BFB6.C5B0.BC38.7812.5B49

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	267,00	0,75727874	202,19
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,99
Acréscimo Bandeira VERMELHA			9,09
Contrib. Ilum. Pública Municipal			32,02
ICMS Subvenção-CDE-NF 080258954-10/10/19			1,64
TOTAL DA FATURA			246,93

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
213,27	25,00	53,31	213,27	0,44	0,93	213,27	2,02	4,30

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,54833000

HISTÓRICO DO CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	R\$	%
Geração de Energia	72,02	33,77
Transmissão	7,95	3,73
Distribuição (Celpe)	48,24	22,62
Energias Setais	11,33	5,31
Tributos	58,54	27,45
Perdas de Energia	15,19	7,12
TOTAL	213,27	100

DEZ 19	NOV 19	OUT 19	SET 19	AGO 19	JUL 19	JUN 19	MAY 19	ABR 19	MAR 19	FEV 19	JAN 19	DEZ 18
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000003181218648	CAT	11/11/2019 2.932,00	13/12/2019 3.199,00	32	1,00000	0,00	267,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 10/01/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MET	MET TRIS
DIC-No.de horas sem Energia	GRUPO DE REBOUCAS	2,57	6,19	10,20
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	3,30	6,60
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		2,57	2,94	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico				Limite DICR: 12,2
ELSD-Valor do Encargo de Uso - R\$ 79,98				
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICR a qualquer momento.				

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você karmela bolsas calçados e ac; av. brasil 33 centro / pop farma; av duque de caxias 590 centroLista completa em www.celpe.com.br.
 Na data da leitura a Bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
 Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
 O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
 Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
 O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO
	MÍNIMO M/
220	202

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200138007

Vítima: MAICON ITALO GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 20/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MAICON ITALO GOMES DA SILVA

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 joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: MAICON ITALO GOMES DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000002080-0

Conta: 000002083-4

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 097.744.264-01 4 - Nome completo da vítima: MAICON ITALO GOMES DA SILVA

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

5 - Nome completo: MAICON ITALO GOMES DA SILVA 6 - CPF: 097.744.264-01
7 - Profissão: PORTEIRO 8 - Endereço: RUA VISTA BELA BAIXO 9 - Número: 49 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: TIMRO 12 - Cidade: ABRÃO C LIMA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.500-000
15 - E-mail: balbinoespe@hotmail.com 16 - Tel (DDD): (81) 3538-0069

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

Declare, 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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A 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. Assinale uma opção)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 0000 CONTA: 0000 AGÊNCIA: 2080 CONTA: 20834
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vivo/não)? ☐ 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 Lider 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 da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Rio de Janeiro, 06 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200138007

Vítima: MAICON ITALO GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 20/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MAICON ITALO GOMES DA SILVA

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 097.744.264-01 4 - Nome completo da vítima: MAICON ITALO GOMES DA SILVA

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

5 - Nome completo: MAICON ITALO GOMES DA SILVA 6 - CPF: 097.744.264-01
7 - Profissão: PORTEIRO 8 - Endereço: RUA VISTA BELA BAIXO 9 - Número: 49 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: TIMRO 12 - Cidade: ABRÃO C LIMA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.500-000
15 - E-mail: balbinoespe@hotmail.com 16 - Tel (DDD): (81) 3538-0069

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

Declare, 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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A 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. Assinale uma opção)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 0000 CONTA: 0000 AGÊNCIA: 2080 CONTA: 20834
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairao)? ☐ 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 Lider 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 da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAICON ITALO GOMES DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02080-0

CONTA: 000000002083-4

Nr. Autenticação

BRADESCO1404202005000000000023702080000000002083168750 PAGO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0107776/20

Vítima: MAICON ITALO GOMES DA SILVA

CPF: 097.744.264-01

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 20/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MAICON ITALO GOMES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

MAICON ITALO GOMES DA SILVA : 097.744.264-01

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/04/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/04/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Marta Marinho dos Santos

UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 20/12/2019 15:20

	Nome Paciente:	MAICON ITALO GOMES DA SILVA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	02/12/1992
	Sexo:	Feminino
	Idade:	27 anos
	Senha:	0109
	Convênio:	-
	Atendimento:	SAME:

Período: 20/12/2019 15:21 - 20/12/2019 15:21

MARIA EDUARDA GONÇALVES MACIEL BERINGUEL - COREN: 417815 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor: AMARELO

Queixa Principal: RELATO DE TRAUMA EM MID
CHEGA COM SAMU ABREU E LIMA

Observação: ALERGIA MEDICAMENTOSA: NEGA
HAS-
DM-

Fluxograma sintoma: SITUAÇÕES ESPECIAIS

Discriminador(es): - PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MARIA EDUARDA GONÇALVES MACIEL BERINGUEL - COREN: 417815 - FUNÇÃO:
ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 20/12/2019 15:21

UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA IGARASSU - IGARASSU

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Atendimento: 1167050

Data e Hora: 20/12/2019 15:27

Senha da Classificação:

0109

Paciente: 356889 MAICON ITALO GOMES DA SILVA Sexo: MASCULINO
Nome Social: Cor: Parda Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) COMPLETO
Data do Nascimento: 02/12/1992 Idade: 27 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: RAQUEL SEVERINO SANTOS DA SILVA Nome do Pai: IZAIAS GOMES DA SILVA
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
Endereço: RUA DO CARVAO -- 44 Bairro: ALTO DA BELA VISTA
Cidade/UF: ABREU E LIMA PE Cep: 53515000 Usuário Atendimento: EDNALVACSRB
RG (Identidade): 8011396 SOS/PE Data de Emissão: 22/02/2006 CNS: 706401144591783
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 98473483
CRN(Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

PESO: ALTURA: TEMPERATURA: °C FC: bpm FR: rpm PA: mmHg

DATA: / / HORA: :

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Prisão de ventre há 10 dias
com dor abdominal

EXAME FÍSICO:

HT = 1,70m, peso = 70kg
Linha normal

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

Prisão de ventre /
vermelhidão no peritônio + febre

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO

→ 100mg de DILTIZEM 120mg
→ 100mg de DILTIZEM 120mg
→ DILTIZEM 120mg

Médico / Cremepe:

ENCAMINHADO:

() Ambulatório

() Sala Verde

(x) Sala Amarela

() Sala Vermelha

Médico / Cremepe:

→ ANGIO 120mg 120mg

data 20/12/19

→ DILATADOR 28 → 120mg + 120mg (16/16/19)
→ PROPRANOLOL 120mg + 120mg (16/16/19)

EVOLUÇÃO CLÍNICA (pareceres, resultado de exames, etc.)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

20/12/19 às 18:05. Paciente admitido na sala amarela, consciente, orientado, afeto, resposta adequada, sinais vitais normais. Indicado tratamento com Siga nos cuidados de enfermagem. Ag. transf para o HMA.

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

DESTINO:

ALTA: () Melhorada () Com Atestado () Com Prescrição

() TRANSFERÊNCIA LOCAL: _____ SENHA: _____

() ÓBITO Data: 20/12/19 ÀS _____ ATESTADO DE ÓBITO () SVO () IML

Médico / Cremepe:

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS:

Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____

NOME LEGÍVEL: _____

RG: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

ASSINATURA: _____

RECEPÇÃO / CARIMBOS:

8/11/2003
J. A. Ferrer
MEPE 24-519

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Wilson F. de S. Registro: _____
Responsável: _____ Contato: _____

[illegible]

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Marcos Italo Farias de Registro: _____

Responsável: Silvia Contato: _____

Data/Hora	21/12/19	Ortopedia
		H/O: Fract. de espinha fibraf A + Fract. de 2º RBB
		Paciente segue estável. Nada intercorrências.
		Mantida no protocolo Superfície e limpeza Segura do transplante
		 Dr. Thiago Ortopedia e Traumatologia CREMEPE 24.810
21/12/19	19(8:50)	Paciente é transferido para HMA em ambulância da Unidade, com técnico de enfermagem Enfermeira Danielle Alves CORA 133786

Escala de Morse para Prevenção de Quedas

Nome do paciente: Maicon Italo G. da Silva Registro: _____ Data da avaliação: 20/12/19

	CATEGORIA	Sim/Não	Score	Pontuação
1	Histórico de queda (há no máximo 3 meses)	Não	0	
		Sim	<u>20</u>	
2	Diagnóstico Secundário	Não	<u>20</u>	
		Sim	15	
3	Auxílio para deambular			
	Sem auxílio/ Acamado/ Auxílio da enfermagem	Sim	<u>20</u>	
	Muletas/ Bengala/ andador	Sim	15	
	Deambula segurando nos móveis	Sim	30	
4	Acesso Venoso	Não	0	
		Sim	<u>20</u>	
5	Movimentação do paciente / transferência			
	Normal/ repouso no leito	Sim	<u>20</u>	
	Debitado	Sim	10	
	Prejudicada (restrito ao leito)	Sim	20	
6	Estado Mental			
	Orientado para as próprias capacidades	Sim	<u>20</u>	
	Superestima/ esquece as próprias limitações	Sim	15	
Pontuação Total		<u>45</u>		

Nível de Risco	Score da Escala de Morse	Ações
Sem Risco	0-24	Intervenções de Prevenção Universal de Queda
Baixo Risco <u>20</u>	25-50	Intervenções para Prevenção de Queda
Alto Risco	>51	Intervenções de Prevenção para Alto Risco de Queda


Enfermeiro (a)

ESCALA DE BRADEN
AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO - Adulto

Nome do paciente: Marcos Helder G. da Silva Registro: _____ Data da avaliação: 02/12/17

Percepção Sensorial Capacidade de reação significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação. OU Capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação. OU Tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. OU Tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta déficit sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.
Umidade Nível de exposição da pele à umidade	1. Pele constantemente úmida: A pele mantém-se sempre úmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada umidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito úmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente úmida: A pele está por vezes úmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente úmida: A pele está geralmente seca, os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
Atividade Nível de atividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: 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.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: 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.
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 de comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido. OU Está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soro durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: 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 lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético. OU Recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido. OU É alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: 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. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: 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.	

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

Pontuação Total 93

ENFERMEIRO

**UPA24h**UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
IGARASSUSISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ADULTO E PEDIÁTRICA

GESTÃO



DATA: 20/12/19 HORA: 18:05

1. IDENTIFICAÇÃO

HISTÓRICO

Nome: Maicon Jhalo G. da Silva Idade: 27 Nº do atendimento: _____
Procedência: _____ Acompanhado por: _____

2. QUEIXAS PRINCIPAIS

Trauma MID

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

() Alergias Quais: _____ () Tabagismo () Etilismo () Cardiopatia () Diabetes () HAS () Epilepsia
() Depressão () Câncer () Doenças pulmonar () Outras _____

4. ESTADO GERAL

EXAME FÍSICO

ESTADO GERAL: () Bom () Regular () Grave

5. INTEGRIDADE DA PELE

() Normocorado () Hipocorado () Cianótico () Anictérico () Ictérico () Pele fria () Pele úmida () Reações Alérgicas
() EDEMAS () Face () Pálpebra () MMSS () MMII () Anasarca () ÚLCERA POR PRESSÃO LOCAL: _____

6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () Consciente () Orientado () Desorientado () Inconsciente () Toporoso () Sedado PUPILAS: () Olho direito
() Olho esquerdo () Normais () Isocóricas () Anisocóricas () Estrabismo () Midríase () Miose () Fotorreagente

7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL: () Cooperativo () Choro () Irritado () Suroliente () Ansioso () Agitado

8. SINAIS VITAIS

() Afebril () Febril T. AXILAR = _____ °C FR _____ ipm Sat O2 = _____ % () Eupneico () Dispneico () Traqueostomia () Entubado
MURMÚRIOS VESICULARES: () Presentes () Ausentes () Diminuídos RUIDOS ADVENTÍCIOS: () Roncos () Sibilos () Crepitações FC _____ bpm
PA _____ X mmHg PULSO: () Filiforme () Cheio () Rítmico () Ausente ACESSO VENOSO: () Central Jugular () Central Subclávia
() Periférico LOCAL: MSA

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

DIETA: () VO () Aceita bem () Parcialmente () Não aceita () SNG () SNE ABDOME: () Flácido () Tenso () Distendido () Globoso () Plano
() Doloroso () Acítico () Gravidico EVACUAÇÃO: () Normal () Constipação () Flatos () Diarreia Nº evacuações _____ Aspecto: () Normal
() Mucoso () Líquida () Melena () Odor fétido () Odor característico ÊMASE Aspecto: () Hematêmase () com resíduo alimentar

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

DIURESE: () Presente Aspecto: _____ () Ausente () Espontânea () SVD () SVA () Cistotomia () Irrigação () Anúria
() Disúria () Hematúria () Oligúria () Polaciúria

11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

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

12. OBSTETRÍCIA

Gesta: _____ Para _____ Aborto DUM _____ IG: _____ Dinâmica Uterina: _____ Perdas vaginais: _____

1. () Padrão respiratório prejudicado	() Manter decúbito elevado a _____ graus. () Aspirar VAS com técnica asséptica S/N () Comunicar alterações da frequência respiratória () Outros:
2. Dor () Crônica (x) Aguda	() Anotar localização e as características da dor () Aplicar escala de dor (0 a 10) () Reavaliar a dor 30 min. após administração da medicação () Outros:
3. () Instabilidade de pressão arterial	() Aferir pressão arterial a cada ____ / ____ h () Manter decúbito no leito a _____ graus () Outros:
4. () Edema Local: _____	() Descrever características do edema () Registrar presença de inflamação / infecção () Outros:
5. Temperatura Corporal () Diminuída () Elevada	() Aferir temperatura de ____ / ____ e comunicar se estiver abaixo de $\leq 35^{\circ}\text{C}$ ou $\geq 37,7^{\circ}\text{C}$ () Aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica em caso de hipotermia () Retirar o cobertor e avaliar a temperatura do ambiente em caso de hipertermia () Outros:
6. Glicemia Prejudicada () Diminuída () Aumentada	() Aferir e registrar HGT de ____ / ____ h () Outros:
7. () Náuseas	() Orientar/Manter decúbito elevado por 2 horas após as refeições
8. () Vômitos	() Registrar e comunicar frequência e características do vômito
9. () Diarréia	() Registrar frequência e aspecto da diarréia () Outros:
10. () Integridade da pele prejudicada	() Registrar e comunicar alterações na integridade do pelo
11. () Risco para lesão	() Realizar higiene íntima após eliminações () Manter lençóis limpos secos e esticados () Diminuir pressão nas proeminências ósseas () Outros:
12. () Depressão	() Manter vigilância constante
13. () Uso de álcool	() Supervisionar e registrar nível de agitação do cliente () Manter grades elevadas () Realizar contenção no leito SN () Outros:
14. () Risco para aspiração	() Manter decúbito a 45° () Testar funcionamento da SNG/SNE antes da medicação () Outros:
15. () Risco para infecção	() Evitar manuseio excessivo do paciente () Anotar e comunicar alteração de temperatura $>37,7^{\circ}\text{C}$ () Registrar e comunicar presença de sinais flogísticos () Outros:
16. (x)	(x) SNG (x) CCG () () () Outros:

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica
FC- Frequência Cardíaca
DUM- Data da última menstruação
VAS- Via Aérea Superior

MMSS- Membros Superiores
VO- Via Oral
IG- Idade Gestacional

MMII- Membros inferiores
SVD- Sonda vesical de demora
SNG- Sonda Nasogástrica

FR- Frequência respiratória
SVA- Sonda vesical de alívio
SNE- Sonda Nasoenteral

Enfermeiro (a) / COREN - DIURNO

Enfermeiro (a) / COREN - NOTURNO

Técnico / Auxiliar / COREN - DIURNO

Técnico / Auxiliar / COREN - NOTURNO

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA		SENHA <u>534/775</u>
Causa Externa: Acidente/Violência () Em caso de violência/acidente: Via	Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()	

IDENTIFICAÇÃO	
Nome do Paciente: <u>WILLIAM L. LOPES DA SILVA</u>	Idade: <u>42</u>
Sexo: <u>M</u> () F () Profissão: _____	Fone: _____
Endereço Residencial: _____	Bairro: _____
Cidade: _____	

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)	
Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()	
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()	
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N ()	
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()	
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()	
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____	
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()	
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()	
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura	
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____	
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____	
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento	

CAUSAS CLÍNICAS	
História Clínica Atual: <u>Unha da mão direita e pé direito com dor e inchaço há 12 dias</u>	
Hipótese Diagnóstica: <u>Infecção fúngica da unha</u>	
AValiação Clínica	

Glicemia Capilar (HGT): _____	Temperatura: _____	F.C.: _____	P.A.: _____	x
Vias Aéreas: FR _____	Dispneia S () N ()	Tiragem Intercostais S () N ()	Obstrução Vias Aéreas: S () N ()	
Sibilos Expiratórios: S () N ()	BAN*: S () N ()	Deformidade do Tórax: S () N ()	Gemido/ Estridor: S () N ()	
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()				
Agitação Psicomotora: S () N ()	Lesões de face: S () N ()	Retração Xifóide: S () N ()		
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada ()	Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()			
Pulso: Rítmico () Arritmico ()	Filiforme () Fino ()			
Coloração da Pele: Normocorada ()	Palidez () Cianose ()			
Sudorese: S () N ()	Desidratado: S () N ()	Ictérico: S () N ()		

FR: RN 35-50 < 1 ano 30-50 Crianças 20-30 Adulto 12-30	FC: RN 120-160 < 1 ano 90-140 Criança 80-110 Adulto 60-100
--	--

EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)**ABERTURA OCULAR**Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a Voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura ocular 1**RESPOSTA VERBAL**Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Sons Incompreensíveis 2
Sem resposta Verbal 1**RESPOSTA MOTORA**Obedece ao comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descerebração 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
Dificuldade na fala ()
Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midriase () Miose ()Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve**NATUREZA DA LESÃO**Presença de sangramento externo: S () N ()
Lesões Intra-Torácica: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()
Lesões Infra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()**USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**Usou álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()
Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()
Usou outras drogas: S () N () Informante: Vítima () Outros ()
Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()**CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO**Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()
Imobilização Tala Gessada: S () N ()
Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____
Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()
Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()
Entubação Orotraqueal: S () N ()
Ventilação Mecânica: Modalidade _____
FIO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()

RX: S () N () Analgesia: S () N ()

Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____

Volume de Fluidos Infundido: _____

Outras Condutas: _____

Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA*Prévio outbourn***CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO**

Hospital para onde foi encaminhado: _____

Médico Regulador: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

Hora: _____

Local e data

Médico Assistente

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 21/12/2019 09:19



Nome Paciente: MAICON ITALO GOMES DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 02/12/1982
Sexo: Masculino
Idade: 37 anos
Senha: 0013
Convênio: -
Atendimento:
SAME:

Período: 21/12/2019 10:12 - 21/12/2019 10:19

LUCIANO DE FREITAS E SILVA - COREN: 253220 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE ENCAMINHADO PELA UPA DE IGARASSU SENHA : 5841775, CONCIENTE, ORIENTADO , REFERE DOR MID APOS QUEDA DE MOTO NEGA VOMITO OU DESMAIO. HD: FX MID

Fluxograma sintoma: TRAUMA

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

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 4
- FREQUENCIA CARDIACA: 65.00 BPM
- GLICOSE: 89.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %

RECEBADO
HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele
Sim () Não (✓)

Local
Enfermeiro

Luciano de Freitas Silva
COREN: 253220-ENF

Acolhido(a) por: LUCIANO DE FREITAS E SILVA - COREN: 253220 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 21/12/2019 10:19

Atendimento: 509447

Data e Hora: 21/12/2019 10:25

Senha da Classificação: [REDACTED]

Paciente: 132513 MAICON ITALO DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 02/12/1982 Idade: 37 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: RAQUEL SEVERINO SANTOS DA SILVA Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA SEVERINO MONTEIRO D --

44

Bairro: ALTO DA BELA VISTA

Cidade/UF: ABREU E LIMA

PE

Usuário Atendimento: ALESSANDRAPSF

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Paciente vítima de queda de moto, encaminhado ao UPA, referindo dor em joelho e PE anormais.

Exame Físico

EB, LPE, QPVD, ARBNI.

Limitação e Fureto do joelho (D)

UVA (condicionar) e AGENIA

Hipótese Diagnóstico

Fr. fd. de 2º PDD + fratura em joelho do fêmur e estirpa da tíbia (D)

Prescrição Médica

A. 10h30 D+

PIPIADONA 1g + AD 1EV, 6/6h SIN

LACTULO 100mg + SE 0,9% 1EV, 12/12h SIN

RETA ORAL LANE

Guilherme Cordeiro Anselmo
Médico
CRM-PE 37.749Guilherme Cordeiro Anselmo
Médico
CRM-PE 37.749Guilherme Cordeiro Anselmo
Médico
CRM-PE 37.749

Assinatura e Carimbo/Médico

#10: INTEND. P/ TRATAMENTO URGENTE

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação

Guilherme Cordeiro Anselmo
Médico
CRM-PE 37.749



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	MAICON ITALO DA SILVA			6 - Nº Prontuário	132513
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
706401144591783	02/12/1982	☒ Masculino ☐ Feminino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	RAQUEL SEVERINO SANTOS DA SILVA			12 - Telefone de Contato	8199847348
13 - Nome Responsável	IGNORADO			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA SEVERINO MONTEIRO DA SILVA, 44 - ALTO DA BELA VISTA				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
ABREU E LIMA	260005	PE	53515000		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

3 - Motivos Sinais e Sintomas Clínicos
Paciente vítima de queda de moto, encaminhado da UPA, referindo dor em joelho e pé direitos. Apresenta limitação importante de o joelho direito.

21 - Condições que justificam a internação
TRATAMENTO CIRÚRGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
ANAMNESE+EXAME FÍSICO+RADIOGRAFIA

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA	S821	W199	

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL	0408050551

29 - Especialidade	30 - Caráter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	704004885135062
Nome do Profissional Solicitante/Assistente		34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
THIAGO GOMES DOS ANJOS		22/12/2019	19769

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajeto			

45 - Vínculo com a Previdência

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	
	Adalberto Telino Traumatologia / Ortopedia CRM 36717-5/2013 15666	

AIH
262010245023-0

Código do Laudo: 509447

HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.....: 05/01/2020

Hora.....: 16:45

Aviso de Cirurgia : 62046

Paciente : 132513

Convênio Atend. : 1

Leito : 61

Dt. Início : 05/01/2020 13:00

Cid Pré-Operatório : S822

Cid Pós-Operatório : S822

Sala : 0002 SALA 02

MAICON ITALO GOMES DA SILVA

SUS - INTERNACAO

ORTL-509-LEITO 001

Dt. Fim : 05/01/2020 14:50

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Atendimento : 509516

Carteira :

Idade : 27 Anos

Procedimento: 0408050500

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia:

CIRURGIAO

20818 FELIPE NUNES DA SILVA

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA DA ESPINHA TIBIAL + FRATURA AVULSAO DO LCP

INTERVENÇÃO: OSTEOSÍNTESE COM PLACA 1/3 TUBO 3,5 + CANULADO 4,5

OPERADOR: DR FELIPE NUNES

1º AUXILIAR: DR ICARO MOLIM

ANESTESISTA: DR ANTONIO

ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

RELATO DE INTERVENÇÃO

VIA DE ACESSO - ASPECTOS DOS ORGÃOS E LESÕES PRÁTICAS E TÉCNICA - LIGADURAS

SUTURA DRENAGEM - SÍNTESE MATERIAL EMPREGADO- CURATIVOS

1. PACIENTE EM DECÚBITO VENTRAL SOB RAQUIANESTESIA

2. ASSEPSIA + ANTISSEPSE + GARROTE POR Esvaziamento MIDIR

3. POSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

4. INCISÃO PELA VIA POSTERO MEDIAL, REALIZADA REDUÇÃO DA FRATURA E FIXADO COM PLACA 1/3 DE CANA 3,5 COM DO

5. PARAFUSO CORTICAIS DISTAIS E 2 PARAFUSOS ESPONJOSOS PROXIMAIS

6. SUTURA POR PLANOS + MUDANÇA DE DECUBITO PARA DORSAL

7. REALIZADA INCISÃO PARAPATELAR LATERAL, REALIZADA REDUÇÃO DA ESPINHA TIBIAL PARAFUSO CANULADO 4,5MM

8. VERIFICADA BOA REDUÇÃO E POSICIONAMENTO DA PLACA E DOS PARAFUSOS COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS

9. LAVAGEM COM SF 0,9% 3.000ML

10. SUTURA POR PLANOS

11. CURATIVO

12. BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA APÓS RETIRADA DO GARROTE

OBS.: LACHMANN E GAVETA ANTERIOR +++ APÓS OSTEOSÍNTESE

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**DR(A) : FELIPE NUNES DA SILVA
CRM : 20818



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO



**HOSPITAL
MIGUEL ARRAES**

IMIP
Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: MAICON ITALO DA SILVA

NOME SOCIAL: [Data de Publicação]

IDADE: 27 **SEXO:** M

DATA DA ADMISSÃO: 22/12/19

DATA NASC.: 02/12/92

REG: 132513

DATA DA ALTA: 6/1/20

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DA ESPINHA TIBIAL + FRATURA AVULSAO DO LCP

TRATAMENTO REALIZADO:

- SINTESE COM CANULADOS 4,5 + CX 3,5

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRA) EM 02 SEMANAS;
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS;
- DOBRAR O JOELHO E MEXER O TORNOZELO DO MEMBRO OPERADO;
- DEAMBULAR COM USO DE 02 MULETAS COM CARGA PARCIAL CONFORME TOLERÂNCIA ÁLGICA;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE OU FALTA DE AR.

EXAME FÍSICO:

ESTADO GERAL :

FERIDA OPERATÓRIA:

MEMBRO ACOMETIDO COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA, SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL OU TVP, SEM DEFICIT NEUROLÓGICO.

Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes

Médico

CRM-PE 27688 CRM-BA 33039

Dr. Adauto Telino
ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **MAICON ITALO DA SILVA** Prontuário: 132513
Idade: 27a 0m 23d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 02/12/1992
Profissão: Escolaridade: R.G.: 8011396 C.P.F.: Telefone: CEP 53515000
Endereço: RUA SEVERINO MONTEIRO DA SILVA, 44 - ALTO DA BELA VISTA - ABREU E LIMA - PE
Dados da Internação
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 22/12/2019 10:25
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERDE 21
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.:
Endereço: Número:
Telefone: Cidade: Estado civil:

FATURADO
20/01/2020
MAGDA
FATURISTA

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 05 / 01 / 2020 Hora da Alta: 11 : 00
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão
Condições de Alta: Boas condições clínicas
Diagnóstico Principal.....: Fratura de tíbia + placa e parafusos
Diagnóstico Secundário01.:
Diagnóstico Secundário02.:
Tratamento.....: RAFEI c/ placa 1/3 de cano + parafuso 4,5 mm
Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes
Médico
CRM-PE 27886 CRM-BA 33089
Dr. Adauto Felino
Médico e CRM:
Raquel Severino da Silva
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em _____ de _____ de _____

Maicon Italo Gomes da Silva
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

EVOLUÇÃO CLÍNICA



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

Atendimento: 509516

Dt Atendimento: 22/12/2019 - 10:25

Dt Alta: 06/01/2020 - 15:25

Paciente: 132513 MAICON ITALO GOMES DA SILVA

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 61 ORTL-509-LEITO 001

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: ALYNEKLB

CID:

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

ALYNE KARMEM DE LIMA BARBOZA

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA 584177

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: MARCON T. SILVA Idade: 44

Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: _____

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: paciente com dor abdominal e náusea
com início há 2 dias
exames de sangue e urina em anexo

Hipótese Diagnóstica: infarto miocárdico
na parede anterior e lateral

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/ Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200138007 **Cidade:** Abreu e Lima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAICON ITALO GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 20/12/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA DIREITA.
FRATURA DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (TÍBIA: OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS). TRATAMENTO CONSERVADOR PARA OS DEMAIS E ALTA MÉDICA. PÁG 16

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: MAICON ITALO GOMES DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: PORTEIRO
Identidade: 8.011.386-SDS/PE CPF: 097.744.264-01
Endereço: RUA VISTA BELA BAIXO, nº 44, TIMBÓ, ABREU E LIMA-PE, CEP= 53.500-000

PROCURADOR(A):

Nome: ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Divorciada Profissão: Empresária
Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00
Endereço: Avenida Joaquim Nabuco nº 200, Timbó, Abreu e Lima/PE. Cep. 53.520-170

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro ocorrido com a vítima no dia 20/12/2019, cobertura **INVALIDEZ**, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epigrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Paulista 17/01/2020
Local e data



Maicon Italo Gomes da Silva

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(Reconhecer firma por autenticidade)

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO
Bel. Paulo de Siqueira Campos - Titular e Registrador
Av. Manoel Pimenta Pereira, 75 - CEP 53020-000 - Paulista/PE - Fone: (51) 3366-0001
Reconheço por autenticidade a firma **MAICON ITALO GOMES DA SILVA**.
Diu fe Paulista/PE 17/01/2020 11:16:10. Emol: R\$ 3,63; TSNR R\$ 0,42; FERC R\$ 0,41; ISS R\$ 0,08; FERM 0,04; FUNSEG 0,08. Op: 212
LUIZ EDUARDO XAVIER SERPA MARTINS - Escrevente autorizado.
Ssd 0077552.QTZ01202003 01543



Consulte a autenticidade em www.tpo.jus.br/validar

[Handwritten signature of the beneficiary]



AA481430

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0107776/20

Vítima: MAICON ITALO GOMES DA SILVA

CPF: 097.744.264-01

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 20/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MAICON ITALO GOMES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

MAICON ITALO GOMES DA SILVA : 097.744.264-01

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/04/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/04/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Marta Marinho dos Santos