



Número: **0009355-02.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 27ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO (AUTOR)		CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74715156	05/02/2021 13:44	2741855_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Petição em PDF



EXMO SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 27ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo n. 00093550220208172001

MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 3 de fevereiro de 2021.

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





Número: **0009355-02.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 27ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO (AUTOR)		CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74715 157	05/02/2021 13:44	ANEXO 1	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1586 (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, 16 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190695810

Vítima: LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 03/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois, o formulário não foi entregue.
Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois não foi entregue.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pág. 01/05101802 - carta_03 -INVALIDEZ

02560948

Carta nº 15362118





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1586 (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, 16 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190695810 Vítima: LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 03/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO

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

Pag. 0130201306 - carta_01 - INVALIDEZ



Carta nº 13362773





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1586 (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, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190695810 Vítima: LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 03/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois, o formulário não foi entregue.
Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois não foi entregue.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pág. 0010100102 - carta_03 -INVALIDEZ

002600031

Carta nº 13280746





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1586 (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, 27 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190695810

Vítima: LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 03/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003250

Conta: 000000009268-1

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 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

Pag. 0020700286 - cart_30 - INVAL PERZ

0020700286





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Cobrir a(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DANOS (DESpesas de assistência médica e suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do anexo do IML: 3190695810 3 - CPF do titular: 064.689.754-33 4 - Nome completo do titular: Lucas Francisco do Nascimento

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TABELA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 946/2012

5 - Nome completo: Lucas Francisco do Nascimento 6 - CPF: 064.689.754-33
7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua Vinte e Nove 9 - Nº do imóvel: 10 - Complemento:
11 - Bairro: 12 - Cidade: Jpojuca 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.590-000
15 - E-mail: 16 - Telefone: (81) 33714033

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTRATAÇÃO: ☐ EXCLUSO INFORMAR SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POU-PANCA (Comentário: para o Banco atualizar, assinalar uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (941) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 8250 CONTA: 9268

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

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

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 (Lei nº 6.254/76), 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 período.

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 a análise médica presencial, caso necessária, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.254/74.

Declaro que esta autorização não significa expressa 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 (na Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 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 tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar: 30 - Vítima deixou marido(a)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima tem irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Exonerante de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem a provar essa 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 213 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina o pedido (a seguir): 35 - Nome legível de quem assina o pedido (a seguir):

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a seguir): 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a seguir):

38 - 1ª Nome: 39 - 2ª Nome: 40 - Local e Data: Jpojuca 10 de Janeiro de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura do Procurador (se houver):

44 - Assinatura da testemunha: 45 - Assinatura da testemunha:

46 - Assinatura da testemunha: 47 - Assinatura da testemunha:

48 - Assinatura da testemunha: 49 - Assinatura da testemunha:

50 - Assinatura da testemunha: 51 - Assinatura da testemunha:

52 - Assinatura da testemunha: 53 - Assinatura da testemunha:

54 - Assinatura da testemunha: 55 - Assinatura da testemunha:

56 - Assinatura da testemunha: 57 - Assinatura da testemunha:

58 - Assinatura da testemunha: 59 - Assinatura da testemunha:

60 - Assinatura da testemunha: 61 - Assinatura da testemunha:

62 - Assinatura da testemunha: 63 - Assinatura da testemunha:

64 - Assinatura da testemunha: 65 - Assinatura da testemunha:

66 - Assinatura da testemunha: 67 - Assinatura da testemunha:

68 - Assinatura da testemunha: 69 - Assinatura da testemunha:

69 - Assinatura da testemunha: 70 - Assinatura da testemunha:

70 - Assinatura da testemunha: 71 - Assinatura da testemunha:

71 - Assinatura da testemunha: 72 - Assinatura da testemunha:

72 - Assinatura da testemunha: 73 - Assinatura da testemunha:

73 - Assinatura da testemunha: 74 - Assinatura da testemunha:

74 - Assinatura da testemunha: 75 - Assinatura da testemunha:

75 - Assinatura da testemunha: 76 - Assinatura da testemunha:

76 - Assinatura da testemunha: 77 - Assinatura da testemunha:

77 - Assinatura da testemunha: 78 - Assinatura da testemunha:

78 - Assinatura da testemunha: 79 - Assinatura da testemunha:

79 - Assinatura da testemunha: 80 - Assinatura da testemunha:

80 - Assinatura da testemunha: 81 - Assinatura da testemunha:

81 - Assinatura da testemunha: 82 - Assinatura da testemunha:

82 - Assinatura da testemunha: 83 - Assinatura da testemunha:

83 - Assinatura da testemunha: 84 - Assinatura da testemunha:

84 - Assinatura da testemunha: 85 - Assinatura da testemunha:

85 - Assinatura da testemunha: 86 - Assinatura da testemunha:

86 - Assinatura da testemunha: 87 - Assinatura da testemunha:

87 - Assinatura da testemunha: 88 - Assinatura da testemunha:

88 - Assinatura da testemunha: 89 - Assinatura da testemunha:

89 - Assinatura da testemunha: 90 - Assinatura da testemunha:

90 - Assinatura da testemunha: 91 - Assinatura da testemunha:

91 - Assinatura da testemunha: 92 - Assinatura da testemunha:

92 - Assinatura da testemunha: 93 - Assinatura da testemunha:

93 - Assinatura da testemunha: 94 - Assinatura da testemunha:

94 - Assinatura da testemunha: 95 - Assinatura da testemunha:

95 - Assinatura da testemunha: 96 - Assinatura da testemunha:

96 - Assinatura da testemunha: 97 - Assinatura da testemunha:

97 - Assinatura da testemunha: 98 - Assinatura da testemunha:

98 - Assinatura da testemunha: 99 - Assinatura da testemunha:

99 - Assinatura da testemunha: 100 - Assinatura da testemunha:

100 - Assinatura da testemunha: 101 - Assinatura da testemunha:

101 - Assinatura da testemunha: 102 - Assinatura da testemunha:

102 - Assinatura da testemunha: 103 - Assinatura da testemunha:

103 - Assinatura da testemunha: 104 - Assinatura da testemunha:

104 - Assinatura da testemunha: 105 - Assinatura da testemunha:

105 - Assinatura da testemunha: 106 - Assinatura da testemunha:

106 - Assinatura da testemunha: 107 - Assinatura da testemunha:

107 - Assinatura da testemunha: 108 - Assinatura da testemunha:

108 - Assinatura da testemunha: 109 - Assinatura da testemunha:

109 - Assinatura da testemunha: 110 - Assinatura da testemunha:

110 - Assinatura da testemunha: 111 - Assinatura da testemunha:

111 - Assinatura da testemunha: 112 - Assinatura da testemunha:

112 - Assinatura da testemunha: 113 - Assinatura da testemunha:

113 - Assinatura da testemunha: 114 - Assinatura da testemunha:

114 - Assinatura da testemunha: 115 - Assinatura da testemunha:

115 - Assinatura da testemunha: 116 - Assinatura da testemunha:

116 - Assinatura da testemunha: 117 - Assinatura da testemunha:

117 - Assinatura da testemunha: 118 - Assinatura da testemunha:

118 - Assinatura da testemunha: 119 - Assinatura da testemunha:

119 - Assinatura da testemunha: 120 - Assinatura da testemunha:

120 - Assinatura da testemunha: 121 - Assinatura da testemunha:

121 - Assinatura da testemunha: 122 - Assinatura da testemunha:

122 - Assinatura da testemunha: 123 - Assinatura da testemunha:

123 - Assinatura da testemunha: 124 - Assinatura da testemunha:

124 - Assinatura da testemunha: 125 - Assinatura da testemunha:

125 - Assinatura da testemunha: 126 - Assinatura da testemunha:

126 - Assinatura da testemunha: 127 - Assinatura da testemunha:

127 - Assinatura da testemunha: 128 - Assinatura da testemunha:

128 - Assinatura da testemunha: 129 - Assinatura da testemunha:

129 - Assinatura da testemunha: 130 - Assinatura da testemunha:

130 - Assinatura da testemunha: 131 - Assinatura da testemunha:

131 - Assinatura da testemunha: 132 - Assinatura da testemunha:

132 - Assinatura da testemunha: 133 - Assinatura da testemunha:

133 - Assinatura da testemunha: 134 - Assinatura da testemunha:

134 - Assinatura da testemunha: 135 - Assinatura da testemunha:

135 - Assinatura da testemunha: 136 - Assinatura da testemunha:

136 - Assinatura da testemunha: 137 - Assinatura da testemunha:

137 - Assinatura da testemunha: 138 - Assinatura da testemunha:

138 - Assinatura da testemunha: 139 - Assinatura da testemunha:

139 - Assinatura da testemunha: 140 - Assinatura da testemunha:

140 - Assinatura da testemunha: 141 - Assinatura da testemunha:

141 - Assinatura da testemunha: 142 - Assinatura da testemunha:

142 - Assinatura da testemunha: 143 - Assinatura da testemunha:

143 - Assinatura da testemunha: 144 - Assinatura da testemunha:

144 - Assinatura da testemunha: 145 - Assinatura da testemunha:

145 - Assinatura da testemunha: 146 - Assinatura da testemunha:

146 - Assinatura da testemunha: 147 - Assinatura da testemunha:

147 - Assinatura da testemunha: 148 - Assinatura da testemunha:

148 - Assinatura da testemunha: 149 - Assinatura da testemunha:

149 - Assinatura da testemunha: 150 - Assinatura da testemunha:

150 - Assinatura da testemunha: 151 - Assinatura da testemunha:

151 - Assinatura da testemunha: 152 - Assinatura da testemunha:

152 - Assinatura da testemunha: 153 - Assinatura da testemunha:

153 - Assinatura da testemunha: 154 - Assinatura da testemunha:

154 - Assinatura da testemunha: 155 - Assinatura da testemunha:

155 - Assinatura da testemunha: 156 - Assinatura da testemunha:

156 - Assinatura da testemunha: 157 - Assinatura da testemunha:

157 - Assinatura da testemunha: 158 - Assinatura da testemunha:

158 - Assinatura da testemunha: 159 - Assinatura da testemunha:

159 - Assinatura da testemunha: 160 - Assinatura da testemunha:

160 - Assinatura da testemunha: 161 - Assinatura da testemunha:

161 - Assinatura da testemunha: 162 - Assinatura da testemunha:

162 - Assinatura da testemunha: 163 - Assinatura da testemunha:

163 - Assinatura da testemunha: 164 - Assinatura da testemunha:

164 - Assinatura da testemunha: 165 - Assinatura da testemunha:

165 - Assinatura da testemunha: 166 - Assinatura da testemunha:

166 - Assinatura da testemunha: 167 - Assinatura da testemunha:

167 - Assinatura da testemunha: 168 - Assinatura da testemunha:

168 - Assinatura da testemunha: 169 - Assinatura da testemunha:

169 - Assinatura da testemunha: 170 - Assinatura da testemunha:

170 - Assinatura da testemunha: 171 - Assinatura da testemunha:

171 - Assinatura da testemunha: 172 - Assinatura da testemunha:

172 - Assinatura da testemunha: 173 - Assinatura da testemunha:

173 - Assinatura da testemunha: 174 - Assinatura da testemunha:

174 - Assinatura da testemunha: 175 - Assinatura da testemunha:

175 - Assinatura da testemunha: 176 - Assinatura da testemunha:

176 - Assinatura da testemunha: 177 - Assinatura da testemunha:

177 - Assinatura da testemunha: 178 - Assinatura da testemunha:

178 - Assinatura da testemunha: 179 - Assinatura da testemunha:

179 - Assinatura da testemunha: 180 - Assinatura da testemunha:

180 - Assinatura da testemunha: 181 - Assinatura da testemunha:

181 - Assinatura da testemunha: 182 - Assinatura da testemunha:

182 - Assinatura da testemunha: 183 - Assinatura da testemunha:

183 - Assinatura da testemunha: 184 - Assinatura da testemunha:

184 - Assinatura da testemunha: 185 - Assinatura da testemunha:

185 - Assinatura da testemunha: 186 - Assinatura da testemunha:

186 - Assinatura da testemunha: 187 - Assinatura da testemunha:

187 - Assinatura da testemunha: 188 - Assinatura da testemunha:

188 - Assinatura da testemunha: 189 - Assinatura da testemunha:

189 - Assinatura da testemunha: 190 - Assinatura da testemunha:

190 - Assinatura da testemunha: 191 - Assinatura da testemunha:

191 - Assinatura da testemunha: 192 - Assinatura da testemunha:

192 - Assinatura da testemunha: 193 - Assinatura da testemunha:

193 - Assinatura da testemunha: 194 - Assinatura da testemunha:

194 - Assinatura da testemunha: 195 - Assinatura da testemunha:

195 - Assinatura da testemunha: 196 - Assinatura da testemunha:

196 - Assinatura da testemunha: 197 - Assinatura da testemunha:

197 - Assinatura da testemunha: 198 - Assinatura da testemunha:

198 - Assinatura da testemunha: 199 - Assinatura da testemunha:

199 - Assinatura da testemunha: 200 - Assinatura da testemunha:

200 - Assinatura da testemunha: 201 - Assinatura da testemunha:

201 - Assinatura da testemunha: 202 - Assinatura da testemunha:

202 - Assinatura da testemunha: 203 - Assinatura da testemunha:

203 - Assinatura da testemunha: 204 - Assinatura da testemunha:

204 - Assinatura da testemunha: 205 - Assinatura da testemunha:

205 - Assinatura da testemunha: 206 - Assinatura da testemunha:

206 - Assinatura da testemunha: 207 - Assinatura da testemunha:

207 - Assinatura da testemunha: 208 - Assinatura da testemunha:

208 - Assinatura da testemunha: 209 - Assinatura da testemunha:

209 - Assinatura da testemunha: 210 - Assinatura da testemunha:

210 - Assinatura da testemunha: 211 - Assinatura da testemunha:

211 - Assinatura da testemunha: 212 - Assinatura da testemunha:

212 - Assinatura da testemunha: 213 - Assinatura da testemunha:

213 - Assinatura da testemunha: 214 - Assinatura da testemunha:

214 - Assinatura da testemunha: 215 - Assinatura da testemunha:

215 - Assinatura da testemunha: 216 - Assinatura da testemunha:

216 - Assinatura da testemunha: 217 - Assinatura da testemunha:

217 - Assinatura da testemunha: 218 - Assinatura da testemunha:

218 - Assinatura da testemunha: 219 - Assinatura da testemunha:

219 - Assinatura da testemunha: 220 - Assinatura da testemunha:

220 - Assinatura da testemunha: 221 - Assinatura da testemunha:

221 - Assinatura da testemunha: 222 - Assinatura da testemunha:

222 - Assinatura da testemunha: 223 - Assinatura da testemunha:

223 - Assinatura da testemunha: 224 - Assinatura da testemunha:

224 - Assinatura da testemunha: 225 - Assinatura da testemunha:

225 - Assinatura da testemunha: 226 - Assinatura da testemunha:

226 - Assinatura da testemunha: 227 - Assinatura da testemunha:

227 - Assinatura da testemunha: 228 - Assinatura da testemunha:

228 - Assinatura da testemunha: 229 - Assinatura da testemunha:

229 - Assinatura da testemunha: 230 - Assinatura da testemunha:

230 - Assinatura da testemunha: 231 - Assinatura da testemunha:



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 42ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPOJUCA - DP42ªCIRC DIN/10ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0132001927

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 25/10/2019 às 11:14

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 31/10/2019 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE-60, PROXIMO A LIMBADELA ELETRONICA - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**. Próximo a: **MUNICIPIO DE IPOJUCA, 1 - Bairro: CENTRO - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**.
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

VAGNE DA SILVA OLIVEIRA (AUTOR / AGENTE)
LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): VAGNE DA SILVA OLIVEIRA.

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

LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Mãe: JOSEFA MARIA DA SILVA Pai: JOSE FRANCISCO DO NASCIMENTO Data de Nascimento: 19/7/1985 Nacionalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentação: 7467157/SDS/PE (RG), 06408975433 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AUTONOMO(A) Telefones Celulares: - 986657090

Residência: RUA VINTE NOVE, Nº 101 - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL, Próximo a: BARRIO DE LOTEAMENTO CANOAS, 101 - CEP: 0 - Bairro: LOTEAMENTO CANOAS - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL.

VAGNE DA SILVA OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL.

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): VAGNE DA SILVA OLIVEIRA, que estava em posse do(a) Sr(a): VAGNE DA SILVA OLIVEIRA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/YAMAHA/FACTOR 125 I ED Objeto apreendido: Não
Cor: ROXA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PET6242 (PERNAMBUCO/RECIFE)
Ano Fabricação/Modelo: 2011/NÃO INFORMADO Combustível: GASOLINA

Scanned with CamScanner



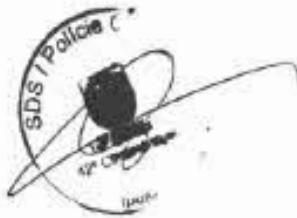
Relatório / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA O SR LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO COMUNICANDO QUE AO ATRAVESSAR A RODOVIA PE-60, NAS PROXIMIDADES DA LOMBADA ELETRONICA, QUANDO O CONDUTOR DO VEICULO MOTOCICLETA DE PLACA PET 6242, QUE VINHA NO SENTIDO CENTRO IPOJUCA, PORTO DE GALINHAS, QUANDO ACABOU ATROPELANDO O SR LUCAS FRANCISCO, QUE VEIO A SOFRER LESAO CORPORAL E FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DOM HELDER CAMARA NO CABO DE SANTO AGOSTINHO.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial
Lucas Francisco do Nascimento

LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **VALDENILSON MARTINS NUNES DE SOUZA - MAT 2211173 - Matrícula:**
221117-3



Scanned with CamScanner





vertical

ADOS REFERENTES À OCORRÊNCIA

DATA	COO NATURAL	DISCLOSAS NATURAL
------	-------------	-------------------

PESSOAS ENVOLVIDAS

☐ ACUSADO ☐ VÍTIMA ☐ TESTEMUNHA	NOME <u>JOÃO DA SILVA</u>	RG <u>123456789</u>	DATA <u>10/10/2010</u>	E. CIVIL <u>1</u>
	NATURALIDADE <u>BRAZIL</u>	DOCUMENTO <u>CPF</u>	ENDEREÇO <u>123456789</u>	
	IDADE <u>30</u>	ESTADO <u>SP</u>		
	SEXO <u>M</u>	FOLIO <u>1</u>		
☐ ACUSADO ☐ VÍTIMA ☐ TESTEMUNHA	NOME <u>JOÃO DA SILVA</u>	RG <u>123456789</u>	DATA <u>10/10/2010</u>	E. CIVIL <u>1</u>
	NATURALIDADE <u>BRAZIL</u>	DOCUMENTO <u>CPF</u>	ENDEREÇO <u>123456789</u>	
	IDADE <u>30</u>	ESTADO <u>SP</u>		
	SEXO <u>M</u>	FOLIO <u>1</u>		
☐ ACUSADO ☐ VÍTIMA ☐ TESTEMUNHA	NOME <u>JOÃO DA SILVA</u>	RG <u>123456789</u>	DATA <u>10/10/2010</u>	E. CIVIL <u>1</u>
	NATURALIDADE <u>BRAZIL</u>	DOCUMENTO <u>CPF</u>	ENDEREÇO <u>123456789</u>	
	IDADE <u>30</u>	ESTADO <u>SP</u>		
	SEXO <u>M</u>	FOLIO <u>1</u>		

- OBJETOS CUSTODIADOS/RECOGIDOS/APRENDIDOS

☐ AFD ☐ AFD (específico)			
☐ CERTOS EXERCÍCIOS AUTORES VEMEM 18 ANOS EXISTE SE ☐ AD SP ☐ A VITAE ☐ CONTRAS		WHILE INFORMATION RECORD NOME: _____ ASSINAT. PA: _____	
☐ AD PROPRIETÁRIO ☐ AD RESPONSÁVEL			

(A) QUALIFICADORA: [1] [2] [3] [4] [5] [6] FOR CONHECENDO(A) (A)O: _____, MEDIANTE:

☐ FLAGRANTE DE DELITO ☐ MANDADO/ORDEN JUDICIAL ☐ DILIGÊNCIA/ESCOLTA ☐ RECAPTURA ☐ FLAGRANTE DE ATO INFRACIONAL

☒ INFRAÇÃO CRIME DE TRÂNSITO ☐ ENVOLVIMENTO NA OCORRÊNCIA ☐ AUXÍLIO AO PÔRREO ☒ FLUÍDO AO CÍVEL

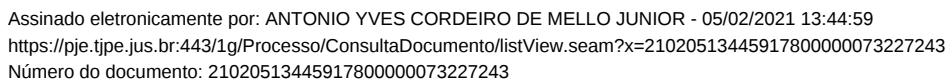
- HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

[illegible]- PESSOA(S) PRESA(S) OU DETIDA(S)

condição RESULTOU EM: ☒ EQUIVALENCE PORCENTAGEM NO OF ☐ TCC ☐ CONSELHO TUTELAR ☐ ATO IRRACIONAL

IN DE PLANTÃO INSCRIÇÃO	MATRICULA
---------------------------------------	------------------

Scanned with CamScanner





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do contrato ou ROL: 064.689.754-33 3 - CPF do titular: 064.689.754-33 4 - Nome completo do titular: LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO

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

5 - Nome completo: LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO 6 - CPF: 064.689.754-33

7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: RUA VINTE E NOVE 9 - Bairro: 101 10 - Complemento: CASA

11 - Sexo: MASCULINO 12 - Data de nascimento: 30/06/1994 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55590-000

15 - E-mail: FIANIS.MO.JUARDISCO@GMAIL.COM 16 - Telefone: (31) 99873-7406

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:

Declaro, para todos os fins da presente, existir no interesse acima informado, conforme comprovante anexa (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ R\$ 0,00 A R\$ 1.000,00 ☒ R\$ 1.001,00 A R\$ 1.500,00 ☐ R\$ 1.501,00 A R\$ 2.000,00 ☐ R\$ 2.001,00 A R\$ 2.500,00 ☐ R\$ 2.501,00 A R\$ 3.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 3.000,00

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

☒ CONTA POLIARCA (planilha para preenchimento) (Anexar uma cópia) ☐ CONTA CORRENTE (Anexar cópia)

☐ Graduação (207) ☐ Graduação (344) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (108)

AGÊNCIA: 3350 43 CONTA: 00009268 4 AGÊNCIA: CONTA:

A utilizar a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, do titular titularizado, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, a que eu li e entendi, concordando e dando, desde já, a ciência e a autorização para a efetuação do crédito, quitando 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 (Lei nº 6.594/74), uma vez que:

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

• O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

• O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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 previdenciária, caso for necessária, de acordo com a legislação em vigor, e a regulamentação da Lei nº 6.594/74.

Declaro que esta autorização não significa prorrogação com a futura avaliação médica da perícia ou do direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil do titular: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito do titular:

25 - Grau de parentesco com o titular: 26 - Vítila deu ou compulso (se for o caso): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou compulso (se for o caso), informar o nome completo:

28 - Vítila tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tenha filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítila deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítila tem irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tenha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítila deixou irmãos? ☐ Sim ☐ Não 34 - Vítila deixou pais/avós/irmãos? ☐ Sim ☐ Não

Entro em posse de um a Seguradora LIDER pagador, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte de acordo com o benefício que se apresentar e apresentar esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a cargo): 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a cargo): 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a cargo):

38 - 14 | Nome: 39 - 24 | Nome: 40 - Local e Data: IPOTUACA/PE, 12 DE DEZEMBRO DE 2019

41 - Assinatura do representante legal (se houver): 42 - Assinatura do usuário/beneficiário (se for o caso): 43 - Assinatura do Provedor (se houver):

44 - Assinatura do Provedor (se houver):

45 - Assinatura do Provedor (se houver):

46 - Assinatura do Provedor (se houver):

47 - Assinatura do Provedor (se houver):

48 - Assinatura do Provedor (se houver):

49 - Assinatura do Provedor (se houver):

50 - Assinatura do Provedor (se houver):

51 - Assinatura do Provedor (se houver):

52 - Assinatura do Provedor (se houver):

53 - Assinatura do Provedor (se houver):

54 - Assinatura do Provedor (se houver):

55 - Assinatura do Provedor (se houver):

56 - Assinatura do Provedor (se houver):

57 - Assinatura do Provedor (se houver):

58 - Assinatura do Provedor (se houver):

59 - Assinatura do Provedor (se houver):

60 - Assinatura do Provedor (se houver):

61 - Assinatura do Provedor (se houver):

62 - Assinatura do Provedor (se houver):

63 - Assinatura do Provedor (se houver):

64 - Assinatura do Provedor (se houver):

65 - Assinatura do Provedor (se houver):

66 - Assinatura do Provedor (se houver):

67 - Assinatura do Provedor (se houver):

68 - Assinatura do Provedor (se houver):

69 - Assinatura do Provedor (se houver):

70 - Assinatura do Provedor (se houver):

71 - Assinatura do Provedor (se houver):

72 - Assinatura do Provedor (se houver):

73 - Assinatura do Provedor (se houver):

74 - Assinatura do Provedor (se houver):

75 - Assinatura do Provedor (se houver):

76 - Assinatura do Provedor (se houver):

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: 18/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03250

CONTA: 000000009268-1

Nr. da Autenticação DD26823C3DEA3A06





TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

NOME: <u>Lucas Francisco do Nascimento</u> DATA NASC: <u>15/03/83</u>	
REGISTRO: <u>125847</u>	DATA: <u>04/10/18</u> HORA: <u>10:00</u>
SETOR DE ORIGEM: <u>Verde</u>	SETOR DE DESTINO: <u>B.C.</u>
S	Situação (Enfermagem) Nível de Consciência: <u>Reativo</u> HGT: _____ PA: _____ Pulso: _____ Temp: _____ FR: _____ Oximetria: _____ Padrão respiratório: ☒ Ar ambiente ☐ Suporte de O2 ☐ CatO2 ☐ NRBZ ☐ TOT ☐ Traqueo VM ☐ Traqueo NEB Intercorrência nas últimas 24h: _____
B	Base do cenário (médico) Breve relato do caso: _____ Antibiótico profilático: ☐ Não ☐ Sim Antibiótico terapêutico: ☐ Não ☐ Sim Qual: _____ Horário: _____ Drogas Vasodilatas: ☐ Não ☐ Sim Qual: _____ Prognóstico: ☐ Crônico ☐ Não Crônico Nutrição: ☐ Jejum ☐ Dieta _____
A	Análise (Enfermagem) Dispositivos invasivos: Cateter central ☒ Não ☐ Sim // SVD ☒ Não ☐ Sim Alergia: ☒ Não ☐ Sim Qual: _____ Hemoderivados: ☐ Não ☐ Sim Qual: _____ Medicação de uso contínuo: _____ Riscos: ☐ JPP ☒ Queda ☐ Febre ☐ Outros: _____ Grau de Complexidade: ☐ Crítico ☐ Semi Crítico ☐ Alta dependência ☐ Intermediário ☐ Mínimo
R	Recomendação (Enfermagem) Exames laboratoriais: ☐ Coletado ☐ Não Coletado Qual: _____ Exames de Imagem: ☒ Realizado <u>7:00Z</u> ☐ Pendente _____ Curativo: ☐ Não ☐ Sim Local: _____ Isolamento: ☒ Não ☐ Sim Qual: _____

Enviado por: Ass. Médico _____ Ass. Enfermeiro _____

Recebido por: Ass. Enfermeiro _____ Hora: _____

Fernando
Enfermeiro
COREN 840660

Scanned with CamScanner



Tipo de documento: TERMO DE CONSENTIMENTO	Número do documento: TER. 001	Emissão: 17/04/2019
Título: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO		Versão número: 001
Responsável pela elaboração: Bruna Melo	Responsável pela aprovação: Dr. André Sansão	Revisão: 00

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ANESTESIA

Declaro que fui informado(a) quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento anestésico ao qual serei submetido nesta instituição.

Autorizo o médico anestesiologista abaixo identificado, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente cadastrados por esta instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico:

Declaro ainda que:

a) Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesiologista. A(s) alternativa(s) do procedimento anestésico indicadas para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações me foram explicadas satisfatoriamente.

b) Fui esclarecido de que a anestesia envolve procedimentos invasivos e que podem ocorrer lesões que, na maioria das vezes, são temporárias. Raramente ocorrem lesões permanentes, mas podem ocorrer, mesmo que o procedimento tenha sido realizado sob o mais rigoroso padrão técnico. Assim como fui esclarecido, também, de que a resposta à administração de medicamentos é individual e que a ocorrência de efeitos colaterais ou imprevistos é imprevisível.

c) Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis nesta instituição.

d) Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anestesiologista sobre doenças pré-existentes, os medicamentos em uso, cirurgias realizadas, complicações anestésicas e reações alérgicas anteriormente apresentadas e, também, sobre o tempo decorrido do jejum (desde a última refeição/ingestão de líquidos).

e) Fui informado(a) pela equipe médica de que o tabagismo, o uso de drogas entorpecentes, tais como cocaína, maconha, anfetaminas, e outras como o álcool são fatores que podem trazer prejuízo ao procedimento e/ou tratamento. Fui informado, também, das complicações que podem advir do uso destas substâncias.

Confirmando que recebi explicações, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse.

☒ PACIENTE / ☐ RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Augusto Francisco da Silva RG: _____
Data de nasc.: 15/08/1985 Grau de parentesco: _____

Cabo de Santo Agostinho, ____ de ____ de 20 ____

Augusto Francisco da Silva
Assinatura do paciente/representante legal

Preenchimento Obrigatório Médico

Eu, _____, CRM: _____, médico responsável pelo esclarecimento do procedimento, prestei todas as orientações necessárias e solicitadas pelo paciente referente ao termo de consentimento informado.

☐ Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento informado, por tratar-se de situação de Emergência

Cabo de Santo Agostinho, ____ de ____ de 20 ____

Assinatura / Carimbo do médico

Rodovia BR 101 Sul - KM 26, Cabo de Santo Agostinho - PE; CEP 54510-000
Fone: 3183-0000

Scanned with CamScanner

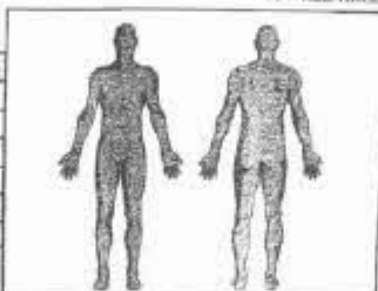


CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

Data: 04/10/19

Hora: 10:00

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome: Lucas Francisco do Nascimento	
Data de Nascimento: 15/07/85	Registro: 120847
Serter:	União:
SINAIS VITAIS	
PA: 120/70	HR: 73/36
HGT: 67	
Observação:	



ENTREVISTA	
HIPERTENSÃO:	SIM () NÃO (X) MEDICAÇÃO EM USO:
DIABÉTICO:	SIM () NÃO (X) MEDICAÇÃO EM USO:
HÁBITOS:	TABAGISMO: SIM (X) NÃO () Há quantos anos: Qtd/dia:
	ETILISMO: SIM () NÃO (X) Há quantos anos: Qtd/dia:

EXAMES SOLICITADOS	
IMAGEM: RX (X) EAC c/ Contraste ()	USG () ECO () LABORATORIAL: SIM () NÃO ()
TAC s/ Contraste ()	RNM () CAT () Observação:
PARER CARDIOLÓGICO:	SIM () NÃO () Risco Cirúrgico:
RESERVA DE HEMODERIVADOS:	SIM () NÃO () GRUPO SANGÜÍNEO:
RESERVA DE LEITO DE UTI:	SIM () NÃO () Qual? UTI: LEITO:

ALERGIA		USO DE SONDAS	
SIM () QUAL:		SNE () SNG ()	
NÃO (X) OBSERVAÇÃO:		SVD ()	
ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO		Outra:	
SIM () QUAL:		DRENO	
NÃO () OBSERVAÇÃO:		SIM () NÃO ()	
SIM () QUAL:		Qual:	
NÃO () HORÁRIO DA ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO:		Local:	

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE	
RESUME:	SIM (X) NÃO () A partir do dia 03/10/19 às 20:00 Observação:
HIGIENIZAÇÃO:	SIM (X) NÃO () Observação:
TRICOTOMIA:	SIM () NÃO () Observação:
RETIRADO ADORNOS:	SIM (X) NÃO () RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA: SIM () NÃO ()
CIRURGIAS ANTERIORES:	SIM (X) Quais/Datas: FSD e PTD
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE:	SIM (X) Quais/Datas:
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:	SIM (X) Observação: LATERALIDADE: SIM () NÃO ()
	NÃO () DEMARCADA: NÃO ()

Enfermeiro Responsável:

(Assinar e Carimbar)

Fernando Oliveira
Enfermeiro
COREN 34089

COD: 384M

Scanned with CamScanner



MEDICAMENTOS DA SALA CIRURGICA

DESCRIÇÃO MEDICAMENTO USADO EM SALA	QUANTIDADE	DESCRIÇÃO MEDICAMENTO USADO EM SALA	QUANTIDADE
AGUA BIDESEILADA C100ML		RETRODIDAZOL 500/100ML	
AGUA BIDESEILADA C500ML		MIKAZOLAM 500/30ML	
ALFENTANIL 0,5MG/5ML		MILRONOMA 100/20ML (PRIMACOR)	
ATRACURUM 25MG/2,5ML		MORFINA 0,2MG/1ML	
ATROPINA 0,25 MG/10ML		MORFINA 10MG/1ML	
BICARBONATO DE SODIO 8,4% C100ML		MORFINA 1MG/2ML	
BICARBONATO DE SODIO 8,4% C250ML		NALOXONA 0,6MG/1ML	
BUPIVACAINA C/ADRENALINA 0,9% C200ML		NEOMICINA + SACTIRACINA POMADA	
BUPIVACAINA ISOBARICA 0,5% C4ML		NEOSTIGMINA 0,5MG/1ML	
BUPIVACAINA PESADA 0,9% C4ML		NIFEDIPINA 25MG/2ML	
BUPIVACAINA S/ADRENALINA 0,5% C200ML		NORADRENALINA 4MG/4ML	
CEFALOTINA 1G IVIM		OMEPRAZOL 40MG IV	
CEFAZOLINA 1G IV		ONDASETRONA 8MG/4ML	
CEFTIAZOLINA 1G IV		PANCURONIO 3MG/2ML	
CETOPROFENO 100MG IV		PAPVERINA 50MG/2ML	
CIPROFLOXACINA 200MG/100ML		PETIDINA 50MG/2ML	
CLONIDINA 150MG/1ML		PROPOFOL 100MG/20ML	
CLONIDINA 150MG/1ML		PROTAMINA 1% C50ML	
CLORETO DE POTASSIO 10% C100ML		REMIFENTANIL 2MG (ULTIVA)	
CLORETO DE SODIO 0,9% C1000ML		RINGER CLACTATO 500ML	
CLORETO DE SODIO 0,9% C150ML		RONCURONIO 50MG/5ML	
CLORETO DE SODIO 0,9% C250ML		SEVOFLURANO 100ML	
CLORETO DE SODIO 0,9% C500ML		SOLUÇÃO CARDIO PLEGICA C100ML	
DEXAMETAZONA 4MG/2,5ML		SULFATO DE MAGNESIO 50% C100ML	
DEXTROCHETAMINA 10ML (CETANINA S+)		SULFENTANIL CITRATO 5MG/2ML	
DIAZEPAN 10MG/2ML		SUXAMETONIO 100MG	
DIFENIDRAMINA 50MG/1ML		TRAMADOL 50MG/1ML	
DIPRISONA 50MG/2ML		TRISUCRIDEOS CADEIA (TCM) 200ML	
DIBUTAMINA 250MG/20ML		VITAMINA C 500MG/5ML	
DOPAMINA 50MG/10ML		VOLUVEN 8% C500ML	
EPINEFRINA 1MG/1ML			
ETILEFRINA 10MG/1ML			
ETOMIDATO 2MG/10ML			
FENTANIL 0,075MG/10ML			
FENTANIL 0,075MG/2ML			
FLUMAZENIL 0,1MG/5ML			
FUROSEMIDA 10MG/2ML			
GENTAMICINA 60MG/2ML			
GLICOSE 10% C500ML			
GLICOSE 5% C500ML			
GLICOSE 50% C100ML			
GLUCONATO DE CALCIO 10% C100ML			
HEPARINA SODICA 5.000U/ML C5ML			
HIDROCORTISONA 500MG			
IPSILOM 50 C200ML			
LIDOCAINA 2% C/ADRENALINA C200ML			
LIDOCAINA 2% S/ADRENALINA C200ML			
LIDOCAINA 2% GEL			
MANITOL 20% C250ML			
METARAMINOL 10MG (ARAMIN)			
METIL PREDNISOLONA 500MG			
METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML			
METOPROLOL 5MG/5ML (SELOKEN)			

Scanned with CamScanner



1. Identificação

2. Equipe médica:

INSTRUMENTAL	VALIDADE
lap	2000 - 2000
Capote	2000 - 2000
basico mmix	2000 - 2000
kit anestesia	2000 - 2000
cameta de busture	2000 - 2000
caixa 4,5	2000 - 2000
faixa bombrch	2000 - 2000
atachados 15cm	2000 - 2000
micandinho	2000 - 2000
parafusos 4,5	2000 - 2000

CÓD. 38235

Scanned with CamScanner



PACIENTE:	Lucas Francisco do Nascimento			DATA:	04/10/19		
CIRURGIÃO:	Dr. Marcelo Machado			RG:	620847		
ANESTESISTA:	Dr. Alexza			AUXILIAR:			
CIRURGIÃO:	Hc. Antônio de Ulva			ANESTESIA:	raqui + medicação		
ESTRUMENTADOR:	Maurício			COORDENAÇÃO DO BLOCO:	Riana		
CIRCULANTE:	Sneka			COREN:			
ENFERMEIRA:	Dane			HORÁRIO INICIAL:	HORÁRIO FINAL:		

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 03				DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 03			
ADULHAS				DRENOS			
13x4,5	35x7	25x3	40x12	KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
CARDIOPLEGICA	STIMPLEX	RAQUI 20	RAQUI 22	KHER 16	SUCCAO 3,2	SUCCAO 4,8	SUCCAO 6,4
ATADURAS				BLAKER 10FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 25
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM	TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 35
GESADA 10CM	GESADA 15CM	GESADA 20CM		BONDAS			
CANULAS				ENTERAL 10	ENTERAL 12		
TRACHEOST 7,0	TRACHEOST 7,5	TRACHEOST 8,0	TRACHEOST 8,5	ASPIRAÇÃO 16	ENDOTRAQ 2,0	ENDOTRAQ 2,5	ENDOTRAQ 3,0
TRACHEOST 9,0				ENDOTRAQ 3,5	ENDOTRAQ 4,0	ENDOTRAQ 4,5	ENDOTRAQ 5,0
CATETER				ENDOTRAQ 5,5	ENDOTRAQ 6,0	ENDOTRAQ 6,5	ENDOTRAQ 7,0
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16	ENDOTRAQ 7,5	ENDOTRAQ 8,0	ENDOTRAQ 8,5	ENDOTRAQ 9,0
PERIDURAL 17	JELCO 13	JELCO 16	JELCO 18	FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24		FOLEY 3VIAS 24	FOLEY 3VIAS 28	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 12
LIMPADORES				FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400	NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 16
CURATIVOS				NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4
ADAPTIC	KERLEX	PURLON	TELA MARLEX	URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
EQUIPOS				URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20
BOMBA	BOMBA FOTO	PSANGUE	PSORO MACRO	FIOS CIRÚRGICOS			
EXTENSORES				ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDIACA
25CM	40CM	45CM	120CM	CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
LÂMINAS				CROMADO 4-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20	SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6		NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 6-0	NYLON 9-0
LUVAS				NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5	POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 2
SERINGAS				PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
1ML	3ML	5ML	10ML	VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
20ML	30ML	50ML CATETER		VICRYL 4-0	CERA FIOSSO	NARCAPASSO	VALVEKIT
AVERTAL CIRUR				SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
BS. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA PI VIDEO		SURGIGEL 5X75	ACO 1	ACO 4	ACO 6
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXÃO 3VIAS	CONEXÃO 4VIAS				
ELETRODOS	FILTRO URINÁR	GAZES	GELFOAM				
KIT CIRÚRGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA				
SCALP 21	SCALP 23	TRANSCPIX	TRANS. PRESSÃO				

COD. 30407

Scanned with CamScanner



DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
8. Desidratação ()	☐ Registrar frequência, volume e aspectos da diurese a cada / h ☐ Avaliar e registrar umidade de mucosa ☐ Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária ☐ Registrar turgor e elasticidade da pele ☐ Outros	
9. Êmese () Náusea ()	☐ Registrar aspectos e quantidade de episódios ☐ Verificar posicionamento da SNG/SNE ☒ Manter decúbito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada ☐ Outros	
10. Temperatura Corporal () Diminuída () Elevado	☐ Aferir temperatura de / h e comunicar se estiver abaixo de 35° C ou acima de 37° C ☐ Em caso de hipotermia aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica ☐ Em caso de hipotermia retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente ☐ Outros	
11. Choque Hipovolêmico ()	☒ Aferir sinais vitais a cada 15 / 30 min. ☒ Avaliar coloração e umidade da pele ☒ Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O. Verificar sinais como: () Taquicardia; () Palidez cutânea; () Pulso irregular; () Pele fria; () Perda da consciência ☐ Outros	
12. Risco de Infecção ()	☐ Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização ☒ Registrar e anotar sinais flogísticos Local: <u>FC - 3 Dez 21</u> ☐ Examinar F.O. e registrar alterações () dor; () calor; () rubor; () edema. ☐ Outros	
	() Outros	

G - Sonda Nasogástrica

PA - Pressão Arterial

FC: Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso Enteral

HGT - Hemoglicoteste

AVP - Acesso Venoso Periférico

 ENFERMEIRO(A) - D -	 ENFERMEIRO(A) - N -	 TÉCN. EM ENFERMAGEM - D -	 TÉCN. EM ENFERMAGEM - N -
ASSINATURA E CARIMBO		ASSINATURA E CARIMBO	

Scanned with CamScanner



Nome: _____		Registro: 7284	Leito: 45
Procedimento cirúrgico: <u>Julia Cristina Resende</u>		Data: 4/10/23	Hora: _____
DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS	
1. Ansiedade ()	☐ Encorajar verbalização dos sentimentos e medos ☐ Proporcionar apoio emocional ☐ Dar informação ao paciente e familiares ☐ Outros		
2. Ventilação prejudicada ()	☐ Manter decúbito elevado ☐ Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário ☐ Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz ☐ Manter o paciente em posição de Fowler ☐ Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR ☐ Instalar ☐ Manter ☐ Anotar oximetria de pulso ☐ Outros		
3. Padrão de eliminação urinária () Diminuído () Aumentado	☐ Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ____ h ☐ Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen) ☐ Colocar o paciente em posição de Fowler ☐ Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição ☐ Registrar se: ☐ Dor ao urinar ☐ Abaulamento em região suprapúbica ☐ Ausência de diurese espontânea ☐ Outros		
4. Dor () Local: _____ () Leve () Moderada () Severa	☒ Verificar qual posição adequada do paciente ☐ Avaliar a localização e a intensidade da dor ☒ Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação ☐ Identificar fatores desencadeantes da dor ☐ Registrar características e intensidades da dor ☐ Outros		
5. Integridade tissular prejudicada ()	☒ Descrever características da lesão ☒ Realizar curativo a cada 24/24 h ☐ Realizar mudança de débito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação ☐ Medir débito de dreno de ____ h ☐ Manter curativo oclusivo por ____ h ☐ Outros		
6. Sangramento () Local: _____ () Leve () Moderada () Severo	☐ Aferir pressão arterial de ____ min ☐ Manter elevado: ☒ Realizar curativo oclusivo ☐ Outros		
7. Imobilidade no leito prejudicada ()	☐ Pinçar dreno ao manusear o paciente ☐ Avaliar mobilização de dreno (Tracionado) ☐ Manter repouso no leito em posição: _____		

COD. 38806

Scanned with CamScanner



FUND. MARTINIANO FERNANDES

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

Registro: 120847

Atendimento: 528954

De Cad: 03/12/2019

Nome: LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO

De Naso: 15/07/1995

Mãe: JOSEFA MARIA DA SILVA

Raça: NOSSA SENHORA DO O

End.: RUA VINTE E NOVE

Cidade: POJUCA

Exat.: LEITO 14

Leito: 343

CNS: 206407434622048

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ☒ Confirmação sobre o paciente <ul style="list-style-type: none"> • 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? <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não ☐ Sim | <ul style="list-style-type: none"> ☒ Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração? <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não ☒ Sim e há equipamento disponível ☒ Há risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/kg em crianças)? <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não ☒ Sim e há equipamento disponível |
|---|--|

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ☒ Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões ☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam <ul style="list-style-type: none"> • Identificação do paciente • Local da cirurgia a ser feita • Procedimento a ser realizado ☒ Antecipação de eventos críticos: <ul style="list-style-type: none"> Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? <i>± 1h 50'</i> Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente? Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? <i>Sim</i> | <ul style="list-style-type: none"> ☒ O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos? <ul style="list-style-type: none"> ☒ Sim ☐ Não se aplica ☒ Exames de imagem estão disponíveis? <ul style="list-style-type: none"> ☒ Sim ☐ Não se aplica |
|---|---|

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

nome do procedimento realizado

pro Litotom. Exat. t. via (E)

contagem de compressas, instrumentos e luvas está correta (ou não se aplica)

locais estão identificados com o nome do paciente

há algum problema com equipamentos que não tem sido resolvido

o cirurgião, o anestesista e a enfermagem sabem os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória do paciente

Pós-op / JKP

Scanned with CamScanner



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

Nome: Luiz Francisco da Costa Registro: 60847
Clínica: _____ Enfermaria: 3 Leito: _____
Sexo: _____ Peso de admissão: _____ Kg Peso Atual: _____ Kg

Hipótese Diagnóstica: _____

HORA: _____ DATA: 04.10.19
PLANTÃO DIURNO:
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: Paciente consciente orientado
calmo sem estresse medicado com
segundo os cuidados de enfermagem

Auxiliar / Técnico de Enfermagem: Ana Maria
HORA: 20:00 DATA: 04.10.19
PLANTÃO NOTURNO:
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: Paciente consciente orientado medicado
acordo com a dieta SNG estável segue
os cuidados de enfermagem

Auxiliar / Técnico de Enfermagem: Priscila

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Técnico de Enfermagem	Horário	Responsável



HORA	PA	SINAIS VITAIS					OXIGENOTERAPIA					CONTROLE HÍDRICO										DEMAIS CONTROLES						
		T. INCUB	F.C. (bpm)	F. Resp	Sat / O2	Temp.	TP O2	FI O2	O2	Ar. Comp.	PEEP	GANHOS					PERDAS					Glicosúria	Catodúria	Dextro	Dens. U	Asp. VAS		
											Oral	S. Gest.	NPT	Soro	Medic.	Dreno	Diurese	S. Gest.	Fazes	Vômitos	DVE						Netrost.	
7																												
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												
13																												
14																												
15																												
16																												
17																												
18																												
19																												
20																												
21																												
22																												
23																												
24																												
1																												
2																												
3																												
4																												
5																												
6																												
7																												

Scanned with CamScanner





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 528054

Data e Hora do Atendimento: 03/10/2019 18:09

Usuário do Atendimento: MARIZAMSS

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO
Nome da Mãe: JOSEFA MARIA DA SILVA
Data do Nascimento: 13/07/1985 Idade: 34 anos Sexo: MASCULINO
Estado Civil: CASADO RG: 7457157 SDS PE Data Emissão: 29/11/2016
CPF: 06458975433 Certidão de Nascimento: Data Emissão:
Naturalidade: RECIFE Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO
Carteira Nacional SUS: 700407434622040 Ocupação Habitual: AUTONOMO
Endereço: RUA VINTE E NOVE 101 NOSSA SENHORA DO O
Cidade: IPOJUCA PE CEP: 55592972 Fone: 988657090

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: SAMU

Médico: LACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17728

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 14

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Cabo de Santo Agostinho, 03/10/2019

Assinatura e R.G. do Responsável:

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta:

Diagnóstico:

Procedimento:

Alta em: 05/10/19

Médico e C.R.M.:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G.:

Scanned with CamScanner



GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:	
Nome: <u>Lucas Francisco do Nascimento</u>	Data: <u>04/10/19</u> Hora: <u>14:30</u> Registro: <u>120847</u>
Cirurgião: <u>SUS</u>	Leito: <u> </u> Paciente: <u> </u> Atividade: <u> </u>
2 - EQUIPE MÉDICA:	
Cirurgião: <u>Dr.º Marcelo Machado</u>	Anestesiologista: <u>Dr.º José Joo</u>
Assistente: <u> </u>	Instrumentador: <u>Dr.º André</u>
3 - DADOS DA CIRURGIA:	
Cirurgia: <u>T.P. Fístula de Urterter</u>	Início: <u>15:50</u> Término: <u>16:30</u>
Anestesia: <u>RAQUI + Sedação</u>	Início: <u>15:05</u> Término: <u>16:15</u>
4 - PRÉ-OPERATÓRIO:	
Estado Geral: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Grave	☐ Sono ☐ Coma
Nível de Consciência: ☐ Orientado ☒ Consciente ☐ Sonolento	☐ Espontâneo ☐ Entubado
Respiração: ☒ Espontânea ☐ Não	☐ Traqueostomizada
Tricotomia: ☐ Sim ☒ Não	
Chagou no CG em uso de: <u> </u>	
5 - TRANS-OPERATÓRIO:	
Posição: Tórax: ☐ Lateral ☒ Dorso ☐ Ventral ☐ Ginecológica ☐	
Banco de Sangue: ☐ Laboratório: ☐ Radiologia: ☐ Pequ. Cirúrgico: Sim ☐	
5.1 - EQUIPAMENTOS:	
Monitor de Pulso ☒ Monitor Cardíaco ☒ PPS ☒ Banco CEC ☐ Aspirador ☐	
Colchão Térmico ☐ Eletro Ultra-sônico ☐ Afrescador ☐ Microscópio ☐ Capnógrafo ☐	
Monitor Eletro ☐ Local da Placa ☐ Sinalizador ☐ Intensificador ☐ Nº ☐	
Carta de Anestesia ☒ An. Vaso ☐ Sonda de Intubação ☐	
Oxigênio ☐ Fôco ☐ Tensão ☐	
Frutidade ☐ Infuso ☐ Tensão ☐	
Gás Carbônico ☐ Infuso ☐ Tensão ☐	
5.2 - PROCEDIMENTOS:	
Cirurgia Ortopédica: Sim ☐ Não ☒	Percutâneo Vascular: Sim ☐ Não ☒
Sonda Vesical de Demora: Sim ☐ Não ☒	Sonda Gástrica: Sim ☐ Não ☒
Drenagem (Tipo e Local): Sim ☐ Não ☒	
Condutor (Tipo e Local): Sim ☒ Não ☐	
5.3 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:	
ANESTESIA: <u>RAQUI em anexo ao prontuário do paciente.</u>	CIRURGIA: <u> </u>
6 - OBSERVAÇÕES:	
<u>Início do Anest. às 15:45</u> <u>Final do Anest. às 16:15</u>	
7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO	
Paciente: <u>ACORDADO</u> ☒ <u>AGRESSIVO</u> ☐ <u>ENTUBADO</u> ☐ <u>TRAQUEOSTOMIZADO</u> ☐	
Estabilidade para: <u>SSNA</u> ☒ <u>S. INTERMEDIÁRIA</u> ☐ <u>UCDB</u> ☐ <u>UTI</u> ☐ <u>APC</u> ☐ <u>Realidade</u> ☐	
Data: <u>04/10/19</u> Hora: <u>16:43</u> Enfermeiro: <u>Dani</u> Cirurgião: <u>Stella</u>	

Scanned with CamScanner

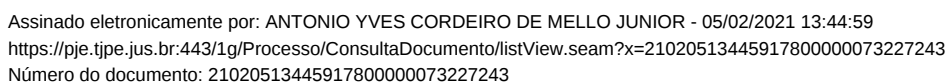


Nome: Lucas Ferreira da Mota Registro: 120897

Clinica: _____ Enfermaria: Unidade Leito: _____

Das Schweizerische
Erdbeben-
Institut

Scanned with CamScanner



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: João Francisco de Souza Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	Observações
15/01/19	REPA
	Paciente em estado de POE DPO
	com fôlego fraco, S.O. 200 cc, saturação
	90%, 120 batimentos por minuto, pressão
	120 x 70 mmHg, 36,5°C, 98,5°F, 100% O2
	em ventilação mecânica
	
15/01/19	# GASTROEN
12h	RE DPO para a
	fofome
	9 quinquas
	Rx OK
	GO. ATIC
	

Scanned with CamScanner



EVOLUÇÃO CLÍNICA

BLOED

Nome: Luís Francisco do Nascimento Registro: 120897

Clinica: _____ Enfermaria: Verses Leito: _____

[illegible]

Scanned with CamScanner



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Lucas Francisco do Nascimento Registro: 130897

Clinica: _____ Enfermaria: Unidade Leito: _____

Data/Hora	Descrição
03/10/19	Paciente admitido no leito realizado atendimento social
23:20	Paciente vítima de acidente de trânsito no
	Preparado para internação em leito de observação
	Realizado exame físico
	Dr. Cláudio do Nascimento Assistente Social CRM 149.573
04/10/19 22:00	Paciente segue estável, sem queixas
	FEV1, saturação, hemodinâmica
	Exame físico regular
04/10/19	+ ORTOSTASIA
21	for. lat. htna (C)
	for. submetido a orcometria
	4 para 4.5 cm htna (C)
	sem intercorrências
	em Rx
	a 52
	ATB
	Dr. Flávio Machado Oncologista Clínico CRM 17842
05/10/19	Enfermagem
12:00	Paciente evolui em 52% de recuperação
	Respiratória, sem queixas, estável hemodinamicamente
	em observação de acordo com as recomendações de
	Enfermagem
	Dr. Douglas Soares Enfermeiro CRM 167.347

Scanned with CamScanner



Exame Físico:

neutro
pulac

Antecedentes Pessoais:

Medicações em Uso:

Antecedentes Familiares:

Hipótese Diagnóstica Principal:

Fract. eler. na mão

Hipóteses Diagnósticas Secundárias:

Plano Terapêutico:

H. G. M. G.

Cabo de Santo Agostinho, ____/____/____

Assinatura e Carimbo

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

Scanned with CamScanner



Atendimento Cirúrgico : 43239
Paciente : 120947
Convênio Atend. : 1
Leito : 343
Dt. Início : 04/10/2019 16:00
Dt. Fim : 04/10/2019 16:48
Sala : 0003
SALA 03
LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO
SUS - INTERNACAO
LEITO 14
Abandono : 526054
Carteira :
Idade : 34 Anos

Id Pré-Operatório :
Id Pós-Operatório :

Procedimento: 0408050500 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TIBIA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 86 RAQUI ANESTESIA + SEDACAO

Cirurgião 15548 MARCELO HENRIQUE DE MELO LUNA MACHADO
ANESTESISTA 8010 TEREZA CRISTINA DA SILVA

Descrição Cirúrgica :

FRATURA DIÁFISE TIBIA ESQUERDA
CIRURGIA PROPOSTA: RAFI COM PLACA 4,5
CIRURGIÃO: MARCELO MACHADO
ANESTESISTA: TEREZA

DESCRIÇÃO

1. PACIENTE EM DCM SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS;
4. INCISÃO DE PELE DE 10CM NA FACE ANTERO-LATERAL DA PERNA ESQUERDA;
5. DISSECAÇÃO POR PLANOS;
6. VISIBILIZADO FOCO DE FRATURA;
7. REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA E FIXAÇÃO COM PLACA LCP 4,5
8. LIMPEZA COM SF 0,9%;
9. SUTURA POR PLANOS;
1. CURATIVO;
- RX CONTROLE

Assinado eletronicamente por:
Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
Data: 05/02/2021
Hora: 13:44:59

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Marcelo Machado
Cirurgião - Traumatologia
CRM: 15548

DR(A) : MARCELO HENRIQUE DE MELO LUNA MACHADO
CRM : 15548

RAIO-X		
DATA	LOCAL DO CORPO	QUANTIDADE DE FILMES
04/10/19	perna t	02

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA

Scanned with CamScanner





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

FICHA DE ANESTESIA

Data: 04/10/19

Assinatura: _____

Paciente: Francisco do Nascimento Idade: 34 Sexo: M

CRM: 8010 Nome do Anestesiologista: Dr. Alexandre Número de Registro: 20847

Unidade: Unidade de Terapia Intensiva

Procedimento: cat. anest. para de tibia esquerda



Monitorização:

☐ ECG ☐ SPO2 ☐ Temperatura ☐ Sinais-Ganz ☐ Analizador Gases ☐ PVC ☐ Estimulador de Nervos ☐ Linha Arterial ☐ Volúmetria SVP Plus

Exatidão:

☒ Acorde ☐ Sonoridade ☐ Insulada ☐ Deslize ☒ 80% ☐ ApertEnt ☐ UM ☐ Exatidão

Assinatura: Tereza C. Silva

Scanned with CamScanner



Tipo de documento: TERMO DE CONSENTIMENTO	Número do documento: TER-001	Emissão: 17/04/2019
Título: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO		Versão número: 001
Responsável pela elaboração: Brúna Melo	Responsável pela aprovação: Dr. André Sansão	Revisão: 00

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
- PARA PROCEDIMENTOS EM GERAL -**

O presente termo tem o objetivo de cumprir o dever ético de declaração do paciente e/ou responsável, de recebimento de informações quanto aos principais aspectos relacionados ao tratamento, assistência clínica, medicamento ou procedimento ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Dom Helder Câmara.

☐ Paciente

☐ Responsável

Autorizo o Drº(a) _____ credenciado(a) pelo Hospital Dom Helder Câmara, a realizar o(s) seguinte(s):

- ☐ Tratamento: _____
☐ Assistência clínica: _____
☐ Procedimento: _____ ou _____
☐ Exame: _____
 a que será submetido.

Declaro que estou ciente dos benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis que me foram explicadas claramente pelo médico, Drº(a) _____ CRM: _____ e que tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no Hospital para se obter o melhor resultado.

Estou ciente de que podem ocorrer complicações durante o Tratamento/Assistência Clínica/Procedimento ou Realização de exame, assim como poderá ser necessária a modificação da proposta inicial em virtude de situações imprevistas.

Confirmo que recebi explicações, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordo.

☐ PACIENTE / ☐ RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Maria Jose Euzenby marimundo RG: E
 Data de nasc.: 28/12/86 Grau de parentesco: Esposa

Cabo de Santo Agostinho, 3 de 10 de 2019

Maria Jose Euzenby marimundo
Assinatura do paciente/representante legal

Preenchimento Obrigatório Médico

Eu, Marcelo Haidaro CRM: _____ médico responsável pelo esclarecimento do procedimento, prestei todas as orientações necessárias e solicitadas pelo paciente referente ao termo de consentimento informado.

☐ Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de Emergência

Cabo de Santo Agostinho, _____ de _____ de 2019

Dr. Marcelo Haidaro
Assinatura e Carimbo do médico

Rodovia BR 101 Sul - KM 28, Cabo de Santo Agostinho - PE - CEP 54510-000
 Fone: 3183-0000

Scanned with CamScanner





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Nome: Quaresma do Nascimento do Nascimento data: 04/10/19 Hora: 15h Registro: 120027

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Refratura da tíbia
Tipo de anestesia: Despino
Equipe: Dr. Marcelo Machado Anestesista: Dr. Fereza

3. Admissão

Estado geral: () Bom (x) Regular () Torporoso () Grave
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: 112 x 68 mmHg FR: 15 p/min FC: 79 p/min SaPO2: 100%
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	116/55	117/10	117/40	118/10	118/40	
FR	19	19	19	20	19	
FC	99	63	72	52	80	
SaPO2	100%	100%	100%	100%	100%	
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: _____ FC: _____ FR: _____ SaPO2: _____ Glasgow: _____

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

Data: _____ Horário: _____ Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico: _____

Scanned with CamScanner



HOSPITAL DÔM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 03/10/2019 14:38

Nome Paciente: LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 15/07/1985
Sexo: Masculino
Idade: 34 anos
Senha: 0037
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 03/10/2019 14:42 - 03/10/2019 14:47

ALESSANDRA GOMES DE OLIVEIRA SILVA - COREN: 414455 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

EMERGÊNCIA - VERMELHO

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

PACIENTE ENCAMINHADO DO SAMU DE IPOJUCA, COM PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO, CONSCIENTE, ORIENTADO, COM FRATURA EXPOSTA DE TIBIA E FIBULA E. PARA AVALIAÇÃO COM A ORTOPEdia.

Observação:

HAS -
DM -
ALERGIA -

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR INTENSA (8-10/10)
- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: ALESSANDRA GOMES DE OLIVEIRA SILVA - COREN: 414455 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 03/10/2019 14:47

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Scanned with CamScanner





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 526034

Data e Hora: 03/10/2019 14:52

Senha de Classificação:

0037

Paciente: 120847 LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO Sexo: MASCULINO
Data de Nascimento: 15/07/1985 Idade: 34 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMBAUNG
Nome da Mãe: JOSEFA MARIA DA SILVA Nome do Pai: JOSE FRANCISCO DO NASCIMENTO CRM: 17726
Estado Civil: CASADO Nome do Médico: MACIEL SOARES DE OLIVEIRA
Endereço: RUA VINTE E NOVE 101 Bairro: NOSSA SENHORA DO O
Cidade/UF: IPOJUCA PE Usuário Atendimento: THAYANECS
RG (Identidade): 7457157 SDS PE Data de Emissão: 29/11/2015
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 00408975433 Fone: 085657990
Cartão SUS: Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____
Queixa Principal: Dct. Volume de acúmulo moderado, h2o no
pelo soro. Reabsorção de 600 ml E.
LEGA TCG de Dct. na c/mação

Exame Físico: Lúcido, corado, capilares
pulso (+)
ECG normal com alteração de condução
Dct. na c/mação
creptos a palpação de MTE

Diagnóstico: Fract. c/mação na região (Fechado)

Conduta Terapêutica:

Prescrição Médica: ATENDIDO SEC. 27100ml + clamp tramol 100mg @ 1500
ATENDIDO Cefepime 1000mg - clamp + SEC. 27100ml @ 1500
R. Soro tramol + clamp m/ps
4 - 1

Dr. YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
03/10/2019
Carimbo Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

Unidade: _____
Método do Paciente: _____

Julemox Hospital

Scanned with CamScanner



HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: LUIS FRANCISCO DE VASCONCELOS Registro: _____ Nº Atendimento: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração

Der. pens. (C)

História da Doença Atual:

ACIDURIE. DECOMENSURADA
Ext. cas. no pens

Interrogatório Sintomático:

Der + ret. ext. pens (C)

Scanned with CamScanner



RECEITUÁRIO

lulas frutífero do
Nasamento

uso oral

Rx

1) PROFLAM 100

02 comp VO 12/12h por
5 dias

2) Difenidramina 500

02 comp VO 6/6h

05.10.19

\$

Scanned with CamScanner



Nome: Wesley Francisco do Nascimento Registro nº 120943
Idade: 34 Sexo: M Data da Admissão: 03/10/19 Data da Alta: 05/10/19

Diagnósticos Definidos

haluturua diafire h bwa (c)

Conduta / Procedimentos Realizados: **RAG**

Prescrição para o Domicílio: note reestudando

Informações Complementares: trazer Rx na consulta

Programação após Alta Ambulatório de Egresso: SIM ☒ NÃO ☐ Data da Consulta: / / NÃO ☐

Assinatura do Médico e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES / PE
Fundação Professor Martins Pereira - FMP Hospital
Hospital Metropolitano Sul - Dom Hélder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.610-000
Cidade de Santo Amaro - PE

Scanned with CamScanner



LAUDO MÉDICO

Data de Atendimento: ____/____/____

Nº PRONTUÁRIO: _____

NOME DO PACIENTE: Lucas Francisco de Vasconcelos

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Fract. c/oss na região C

CID: S. 822

OBS.:

Nº DIAS seventa (60) AFASTAMENTO DO TRABALHO

Dr. Igor Abusreb
CRM nº 11214

23 OUT 2010

Assinatura do Médico
Carimbo

CÓD. 38381

Scanned with CamScanner



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) senhor (a)

Lucas Ramusio do Nascimento foi atendido (a) neste

serviço no dia: 03 / 10 / 19 CID: S82.2

☒ Necessitado de trinta dias de afastamento de suas atividades
(no trabalho ou escola).

☐ Estando apto para voltar ao trabalho.

☐ Como acompanhante.

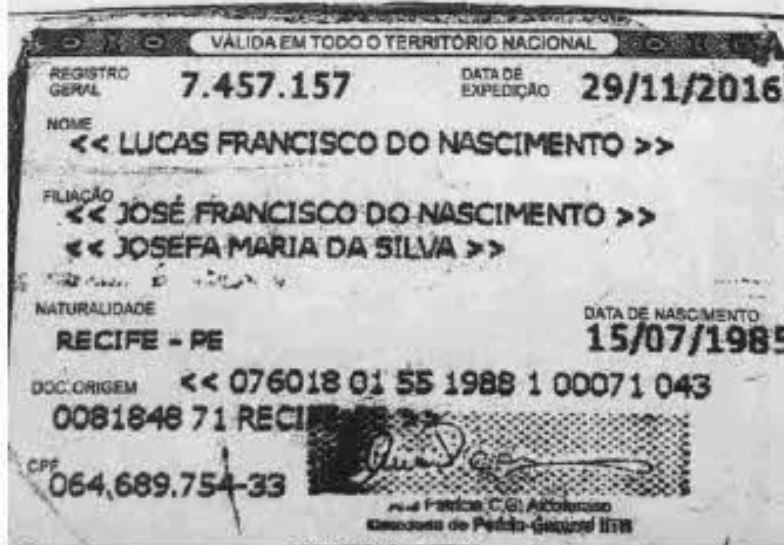
☐ Outros: _____

luto 05 de 10 de 20 19


Médico

Scanned with CamScanner





Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1408296722

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. LUIZ DE BARROS, 111 BOA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP: 50050-902
CNPJ: 10.938.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 0005948-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438 - de 24-04-03
COMERCIAL 115 - PRONTIDÃO 115
Atendimento ao cliente audiotivo ou de fax: 0800 221 0142
Ouvidoria: 0800 222 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0667
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifas
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE
MARIA JOSE FERNANDES

DATA DE VENCIMENTO
13/11/2019

DATA EMISSÃO DA NOTA
FISCAL
30/10/2019

CONTA CONTRATO
4008262697

TOTAL A PAGAR
R\$ 135,88

DATA DA APRESENTAÇÃO
06/11/2019
NÚMERO DA NOTA FISCAL
083207656

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
Monofásico
B1

ENDEREÇO
RUA VINTE E NOVE 101 -LOTTO
CANOAS/NOSSA SENHORA DO O
-55580-000 (POJUCA PE -

PERÍODO CONSUMO
26/09/2019 a 29/10/2019

CONSUMO
116

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 31,34

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO
4008262697

MÊS/ANO
10/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 135,88

VENCIMENTO
13/11/2019

TALÃO DE PAGAMENTO
Evite dobrar e perfurar ou
rasurar.
Este canhoto será usado em
leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838000000017 358800110049 008262697101 169553587734



Scanned with CamScanner



LAUDO MÉDICO

Data de Atendimento: ____/____/____

Nº PRONTUÁRIO: _____

NOME DO PACIENTE: Lucas Francisco de Vasconcelos

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Frnt. asso na nuca @

CID: S 822

OBS.:

Nº DIAS seisenta (60) AFASTAMENTO DO TRABALHO

Dr. José Aluísio

23 OUT 2019

Assinatura do Médico

Carimbo

COD. 38391

Scanned with CamScanner



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) senhor (a)

Lucas Ramusio do Nascimento foi atendido (a) neste

serviço no dia 03 / 10 / 19 CID: S82.2

☒ Necessitado de trinta dias de afastamento de suas atividades
(no trabalho ou escola).

☐ Estando apto para voltar ao trabalho.

☐ Como acompanhante.

☐ Outros: _____

lubo 65 de 10 de 19

Médico

Scanned with CamScanner





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 520054

Data e Hora do Atendimento: 03/10/2019 18:09

Usuário do Atendimento: MARIZANESS

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO

Prontuário: 120847

Nome da Mãe: JOSEFA MARIA DA SILVA

Nome do Pai: JOSE FRANCISCO DO NASCIMENTO

Data do Nascimento: 15/07/1985

Idade: 34 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: CASADO

RG: 7457167

SDS PE Data Emissão: 29/11/2016

CPF: 05458975433

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade: RECIFE

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Carteira Nacional SUS: 700407434822040

Ocupação Habitual: AUTONOMO

Endereço: RUA VINTE E NOVE

101 NOSSA SENHORA DO O

Cidade: IPOJUCA

PE

CEP: 55692972

Fone: 556657090

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: SAMU

Médico: LIAEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 14

RECIFE - METROPOLITANO
AMIP
FARMACIA
31 OUT. 2019

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.

Cabe de Santo Agostinho, 03/10/2019

Assinatura e R.G. do Responsável:

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta:

Diagnóstico:

Procedimento:

Alta em: 05/10/2019

Médico e C.R.M.:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G.:

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA
31/10/19

Scanned with CamScanner



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
 MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
 Ficha de Cirurgia Descritiva

Página: 0001
 Data: 04/10/2019
 Hora: 16:39

Aviso de Cirurgia: 43236
 Paciente: 120847
 Convênio Atend.: 1
 Leito: 343
 Dt. Início: 04/10/2019 16:00
 Dt. Fim: 04/10/2019 16:45
 Sala: 0003 SALA 03
 LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO
 SUS - INTERNACAO
 LEITO 14
 Atendimento: 520054
 Carteira:
 Idade: 24 Anos

2id Pré-Operatório:
 2id Pós-Operatório:

Procedimento: 0408060800 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAPHISE DA TIBIA (PRINCIPAL)
 Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
 Anestesia: 85 RAOUI ANESTESIA + SEDACAO

CIRURGIÃO: 16548 MARCELO HENRIQUE DE MELO LUNA MACHADO
 ANESTESISTA: 8010 TEREZA CRISTINA DA SILVA

Descrição Cirúrgica:

FRATURA DIAPHISE TIBIA ESQUERDA
 CIRURGIA PROPOSTA: RAFI COM PLACA 4,5
 CIRURGIÃO: MARCELO MACHADO
 ANESTESISTA: TEREZA

DESCRIÇÃO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS;
4. INCISÃO DE PELE DE 10CM NA FACE ANTERO-LATERAL DA PERNA ESQUERDA;
5. DISSECCÃO POR PLANOS;
6. VISIBILIZADO FOCO DE FRATURA;
7. REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA E FIXAÇÃO COM PLACA LCP 4,5
8. LIMPEZA COM SF 0,9%;
9. SUTURA POR PLANOS;
10. CURATIVO;
11. RX CONTROLE

Assinado eletronicamente por:
 Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
 Em: 04/10/2019

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DR(A): MARCELO HENRIQUE DE MELO LUNA MACHADO
 CRM: 16548

RAIO-X		
DATA	LOCAL DO CORPO	QUANTIDADE DE FILMES
04/10/19	perna t	02

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA

Scanned with CamScanner



FPS-001 v002/2019

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JARDIM DE BARROS 111 BOA VISTA
RECIFE-PERNAMBUCO
CEP: 50050-900
CNPJ: 13.695.932/0004-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 0005949-99



CELPE

Tarifa Social da Energia Elétrica - Lei 10.438 de 27.04.02
COMERCIAL 115 / FRONTEIRA 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0140
Ouvidoria: 0800 332 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167
Ligação Grátis de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167
Ligação Grátis de telefones fixos e tarifas
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE
MARIA JOSE FERNANDES

DATA DE VENCIMENTO
13/11/2019

DATA EMISSÃO DA NOTA
FISCAL

30/10/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

06/11/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

083207656

CONTA CONTRATO
4008262697

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
Monofásica
B1

TOTAL A PAGAR
R\$ 135,88

ENDEREÇO

RUA VINTE E NOVE 101 -LOTTO
CAMOAS/NOSSA SENHORA DO O
-55590-000 IPOJUCA PE -

PERÍODO CONSUMO

26/09/2019 a 25/10/2019

CONSUMO

116

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 31,34

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Cintagem aqui

CONTA CONTRATO

4008262697

MÊS/ANO

10/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 135,88

VENCIMENTO

13/11/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar e perfurar ou
rasurar.
Este cartão será usado em
leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838000000017 356800110049 008262697101 169553567734



Scanned with CamScanner



NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA																																																							
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 51050-202 CNPJ 10.335.932/0001-86 INSCRIÇÃO ESTADUAL 9999943-83		 CELPE www.celpe.com.br																																																					
Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02 COMERCIAL 116 PROTEÇÃO 116 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 231 9142 Ouvidoria 0800 232 5339 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-4167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis																																																							
DADOS DO CLIENTE MARIA JOSE FERNANDES CPF: 882.531.714-04 NIS: 2066229362		DATA DE VENCIMENTO 05/02/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 123,23																																																					
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA VINTE E NOVE 591 LOTE 10 CANGASNOSSA SENHORA DO G 55399-066 IPOLUÇA PE		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 29/01/2020 DATA DA APRESENTAÇÃO 29/01/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 034822127																																																					
RESERVAÇÃO AO FISCO E992.3E7D.93F0.A2A1.2010.4BBA.5FB9.9903		CONTA CONTRATO 004006262697 Nº DO CLIENTE 2066161330 Nº DA INSTALAÇÃO 065142372																																																					
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>QUANTIDADE</th> <th>PREÇO</th> <th>VALOR (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo-TUSD até 30 kWh</td> <td>30,00</td> <td>0,13645146</td> <td>4,09</td> </tr> <tr> <td>Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh</td> <td>70,00</td> <td>0,23382759</td> <td>16,37</td> </tr> <tr> <td>Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh</td> <td>162,00</td> <td>0,35880403</td> <td>58,13</td> </tr> <tr> <td>Consumo-TE até 30 kWh</td> <td>30,00</td> <td>0,12555469</td> <td>3,76</td> </tr> <tr> <td>Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh</td> <td>70,00</td> <td>0,21822535</td> <td>15,28</td> </tr> <tr> <td>Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh</td> <td>162,00</td> <td>0,33386062</td> <td>54,00</td> </tr> <tr> <td>Acréscimo Saneamento AMARELA</td> <td></td> <td></td> <td>2,78</td> </tr> <tr> <td>Contrib. Basi. Pública Municipal</td> <td></td> <td></td> <td>8,88</td> </tr> <tr> <td>ICMS Subvenção-CDU-RP 06999026-20/11/19</td> <td></td> <td></td> <td>0,73</td> </tr> <tr> <td>ICMS Subvenção Baixa Renda</td> <td></td> <td></td> <td>1,29</td> </tr> <tr> <td>PRD-ORANJA (991)3412-9566 0800 091 9909</td> <td></td> <td></td> <td>0,96</td> </tr> <tr> <td>TOTAL DA FATURA</td> <td></td> <td></td> <td>123,23</td> </tr> </tbody> </table>				DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,13645146	4,09	Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,23382759	16,37	Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	162,00	0,35880403	58,13	Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,12555469	3,76	Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,21822535	15,28	Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	162,00	0,33386062	54,00	Acréscimo Saneamento AMARELA			2,78	Contrib. Basi. Pública Municipal			8,88	ICMS Subvenção-CDU-RP 06999026-20/11/19			0,73	ICMS Subvenção Baixa Renda			1,29	PRD-ORANJA (991)3412-9566 0800 091 9909			0,96	TOTAL DA FATURA			123,23
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)																																																				
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,13645146	4,09																																																				
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,23382759	16,37																																																				
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	162,00	0,35880403	58,13																																																				
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,12555469	3,76																																																				
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,21822535	15,28																																																				
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	162,00	0,33386062	54,00																																																				
Acréscimo Saneamento AMARELA			2,78																																																				
Contrib. Basi. Pública Municipal			8,88																																																				
ICMS Subvenção-CDU-RP 06999026-20/11/19			0,73																																																				
ICMS Subvenção Baixa Renda			1,29																																																				
PRD-ORANJA (991)3412-9566 0800 091 9909			0,96																																																				
TOTAL DA FATURA			123,23																																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th colspan="4">INFORMAÇÕES DE PREÇOS</th> </tr> <tr> <th colspan="2">ICMS</th> <th colspan="2">PIB</th> <th colspan="2">COFINS</th> </tr> <tr> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>119,75</td> <td>25,36</td> <td>30,46</td> <td>116,75</td> <td>5,85</td> <td>6,86</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>150,75 4,15 6,29</td> </tr> </tbody> </table>				INFORMAÇÕES DE PREÇOS				ICMS		PIB		COFINS		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	119,75	25,36	30,46	116,75	5,85	6,86						150,75 4,15 6,29																								
INFORMAÇÕES DE PREÇOS																																																							
ICMS		PIB		COFINS																																																			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO																																																		
119,75	25,36	30,46	116,75	5,85	6,86																																																		
					150,75 4,15 6,29																																																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th colspan="4">DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL</th> </tr> <tr> <th>NÚMERO DE MEDIDOR</th> <th>TÍPOLO</th> <th>PERÍODO</th> <th>VALOR</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th>DATA INÍCIO</th> <th>DATA FIM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0060000318133582</td> <td>CAT</td> <td>30/12/19</td> <td>29/01/20</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>370,80</td> <td>25812335</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>572,00</td> <td>55</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>1,36960</td> <td>8,30</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>102,36</td> </tr> </tbody> </table>				DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL				NÚMERO DE MEDIDOR	TÍPOLO	PERÍODO	VALOR			DATA INÍCIO	DATA FIM	0060000318133582	CAT	30/12/19	29/01/20			370,80	25812335			572,00	55			1,36960	8,30				102,36																				
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL																																																							
NÚMERO DE MEDIDOR	TÍPOLO	PERÍODO	VALOR																																																				
		DATA INÍCIO	DATA FIM																																																				
0060000318133582	CAT	30/12/19	29/01/20																																																				
		370,80	25812335																																																				
		572,00	55																																																				
		1,36960	8,30																																																				
			102,36																																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th colspan="4">DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES</th> </tr> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>QUANTO</th> <th>VALOR APLICADO</th> <th>NOTA FISCAL</th> <th>RETA TOME</th> <th>RETA ATUAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">medidas</td> </tr> <tr> <td>DISJUNTORES sem Energia</td> <td>5,15</td> <td>5,91</td> <td>1,16</td> <td>25,84</td> <td></td> </tr> <tr> <td>RE-Ata de rede sem Energia</td> <td>1,00</td> <td>2,42</td> <td>3,25</td> <td>15,76</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PARC. Operação interna de interrupção contínua</td> <td>5,15</td> <td>3,45</td> <td>0,89</td> <td>0,36</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: right;">Linha 0000: 11,22</td> </tr> <tr> <td colspan="6"> DEDUÇÃO de interrupção em 01 critério BILHO Valor da Energia de Uso = R\$ 39,34 (Valor da energia de uso em 01 critério) </td> </tr> </tbody> </table>				DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES				DESCRIÇÃO	QUANTO	VALOR APLICADO	NOTA FISCAL	RETA TOME	RETA ATUAL	medidas						DISJUNTORES sem Energia	5,15	5,91	1,16	25,84		RE-Ata de rede sem Energia	1,00	2,42	3,25	15,76		PARC. Operação interna de interrupção contínua	5,15	3,45	0,89	0,36		Linha 0000: 11,22						DEDUÇÃO de interrupção em 01 critério BILHO Valor da Energia de Uso = R\$ 39,34 (Valor da energia de uso em 01 critério)											
DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES																																																							
DESCRIÇÃO	QUANTO	VALOR APLICADO	NOTA FISCAL	RETA TOME	RETA ATUAL																																																		
medidas																																																							
DISJUNTORES sem Energia	5,15	5,91	1,16	25,84																																																			
RE-Ata de rede sem Energia	1,00	2,42	3,25	15,76																																																			
PARC. Operação interna de interrupção contínua	5,15	3,45	0,89	0,36																																																			
Linha 0000: 11,22																																																							
DEDUÇÃO de interrupção em 01 critério BILHO Valor da Energia de Uso = R\$ 39,34 (Valor da energia de uso em 01 critério)																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th colspan="4">INFORMAÇÕES IMPORTANTES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4"> Pague no ponto mais perto de você! (1 conta básica e número de conta montado 42 centavos / supermercado) canal@celpe.com.br ou pelo 123 central. Mais informações em www.celpe.com.br. No dia do faturamento e faturação em vigor é a Anistia. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é responsável quando há interrupção na verificação individual ou do nível de tensão de fornecimento. Paga, em atraso pelo custo (744/04-ANNEEL, Anexo 1/04/04/04/04) a atualização monetária no pro. mês. De acordo com a aplicação de Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei 10.438 de 26/04/02 - R\$ 0,30. O Cliente é responsável quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. O consumidor pode cancelar a cobrança de energia de faturação e faturar a qualquer tempo - Art 1º REN 547/13. </td> </tr> </tbody> </table>				INFORMAÇÕES IMPORTANTES				Pague no ponto mais perto de você! (1 conta básica e número de conta montado 42 centavos / supermercado) canal@celpe.com.br ou pelo 123 central. Mais informações em www.celpe.com.br . No dia do faturamento e faturação em vigor é a Anistia. Mais informações em www.aneel.gov.br . O cliente é responsável quando há interrupção na verificação individual ou do nível de tensão de fornecimento. Paga, em atraso pelo custo (744/04-ANNEEL, Anexo 1/04/04/04/04) a atualização monetária no pro. mês. De acordo com a aplicação de Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei 10.438 de 26/04/02 - R\$ 0,30. O Cliente é responsável quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. O consumidor pode cancelar a cobrança de energia de faturação e faturar a qualquer tempo - Art 1º REN 547/13.																																															
INFORMAÇÕES IMPORTANTES																																																							
Pague no ponto mais perto de você! (1 conta básica e número de conta montado 42 centavos / supermercado) canal@celpe.com.br ou pelo 123 central. Mais informações em www.celpe.com.br . No dia do faturamento e faturação em vigor é a Anistia. Mais informações em www.aneel.gov.br . O cliente é responsável quando há interrupção na verificação individual ou do nível de tensão de fornecimento. Paga, em atraso pelo custo (744/04-ANNEEL, Anexo 1/04/04/04/04) a atualização monetária no pro. mês. De acordo com a aplicação de Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei 10.438 de 26/04/02 - R\$ 0,30. O Cliente é responsável quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. O consumidor pode cancelar a cobrança de energia de faturação e faturar a qualquer tempo - Art 1º REN 547/13.																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th colspan="4">NÍVEL DE TENSÃO</th> </tr> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <th></th> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>220</td> <td>202</td> <td>231</td> </tr> </tbody> </table>				NÍVEL DE TENSÃO				TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)			MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231																																							
NÍVEL DE TENSÃO																																																							
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)																																																						
	MÍNIMO	MÁXIMO																																																					
220	202	231																																																					
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA																																																							



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

Número: 3190695810

Cidade: Ipojuca

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO

Data do acidente: 03/10/2019

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA TÍBIA ESQUERDA PG6,19

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDA.

Sequelas: Com seqüela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR
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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

Número: 3190695810

Cidade: Ipojuca

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO

Data do acidente: 03/10/2019

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA TÍBIA ESQUERDO PG6,19

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDA.

Sequelas: Com seqüela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR
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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0448309/19

Vítima: LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO

CPF: 064.689.754-33

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/10/2019

Titular do CPF: LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Dedicação de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Outros

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.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0448309/19

Número do Sinistro: 3190695810

Vítima: LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO

CPF: 054.689.754-33

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/10/2019

Titular do CPF: LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

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.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0448309/19

Número do Sinistro: 3190695810

Vítima: LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO

CPF: 064.689.754-33

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/10/2019

Titular do CPF: LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO : 064.689.754-33

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.

