



10/08/2020

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)			
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66083579	10/08/2020 16:15	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 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01691/01692 - carta_03 - INVALIDEZ

00080846



Carta nº 15242114





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

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 15242773

Pag. 01305/01306 - carta_01 - INVALIDEZ

00030653





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00101/00102 - carta_03 - INVALIDEZ

00060051



Carta nº 15290746





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

Rio de Janeiro, 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. 00297/00298 - carta_30 - INVALIDEZ

00020149





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 619069551- 3 - CPF da vítima: 064.689.354-3 4 - Nome completo da vítima: Lucas Francisco do Nascimento

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

5 - Nome completo: Lucas Francisco do Nascimento 6 - CPF: 064.689.354-33
7 - Profissão: Sem
8 - Endereço: Rua Vink's Nova 9 - Número: 101 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: São Paulo 13 - Estado: SP 14 - CEP: 05590-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (11) 99114011

DADOS CADASTRAIS

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 de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anotar o número da conta)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 8250 CONTA: 9268 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha totalidade, 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 do requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Souciente no procedimento de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a)? ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo.
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascitas)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT somente por aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem 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 art. 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 -
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

TESTEMUNHAS

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: São Paulo 10 de Junho de 2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Lucas Francisco do Nascimento

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Principalador (se houver)

FPS-001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 042ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPOJUCA - DP42ªCIRC DIM/10ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0132001927**

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **3º 10 2019** no período da **Tarde**

Local onde ocorreu: **RODOVIA PE-60, PROXIMO A LIMBADA 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 (VITIMA)

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: **15/7/1985** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7457157/SDS/PE (RG), 06468975433 (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: **BAIRRO DE LOTEAMENTO CANOAS, 101 - CEP: 0 - Bairro: LOTEAMENTO CANOAS - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

VAGNE DA SILVA OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **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 PROXIMADES DA LOMBADA ELETRONICA, QUANDO O CONDUTOR DO VEICULO MOTOCICLETA DE PLACA PET 6242, QUE VINHA NO SENTIDO CENTRO IPOJUC, 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

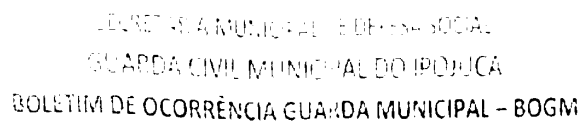
LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO
(VITIMA)

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



Scanned with CamScanner





AD 26 DEFERENTES A OCORRÊNCIA

ESSAYS ENVOLVING

11-11-80

100

- OBJETOS CUSTODIADOS/RECOlhIDOS, APREENhIDOS

1. **Introduction**
 2. **Background**
 3. **Methodology**
 4. **Results**
 5. **Conclusion**
 6. **References**
 7. **Appendix**
 8. **Index**
 9. **Table of Contents**
 10. **Figure 1**
 11. **Figure 2**
 12. **Figure 3**
 13. **Figure 4**
 14. **Figure 5**
 15. **Figure 6**
 16. **Figure 7**
 17. **Figure 8**
 18. **Figure 9**
 19. **Figure 10**
 20. **Figure 11**
 21. **Figure 12**
 22. **Figure 13**
 23. **Figure 14**
 24. **Figure 15**
 25. **Figure 16**
 26. **Figure 17**
 27. **Figure 18**
 28. **Figure 19**
 29. **Figure 20**
 30. **Figure 21**
 31. **Figure 22**
 32. **Figure 23**
 33. **Figure 24**
 34. **Figure 25**
 35. **Figure 26**
 36. **Figure 27**
 37. **Figure 28**
 38. **Figure 29**
 39. **Figure 30**
 40. **Figure 31**
 41. **Figure 32**
 42. **Figure 33**
 43. **Figure 34**
 44. **Figure 35**
 45. **Figure 36**
 46. **Figure 37**
 47. **Figure 38**
 48. **Figure 39**
 49. **Figure 40**
 50. **Figure 41**
 51. **Figure 42**
 52. **Figure 43**
 53. **Figure 44**
 54. **Figure 45**
 55. **Figure 46**
 56. **Figure 47**
 57. **Figure 48**
 58. **Figure 49**
 59. **Figure 50**
 60. **Figure 51**
 61. **Figure 52**
 62. **Figure 53**
 63. **Figure 54**
 64. **Figure 55**
 65. **Figure 56**
 66. **Figure 57**
 67. **Figure 58**
 68. **Figure 59**
 69. **Figure 60**
 70. **Figure 61**
 71. **Figure 62**
 72. **Figure 63**
 73. **Figure 64**
 74. **Figure 65**
 75. **Figure 66**
 76. **Figure 67**
 77. **Figure 68**
 78. **Figure 69**
 79. **Figure 70**
 80. **Figure 71**
 81. **Figure 72**
 82. **Figure 73**
 83. **Figure 74**
 84. **Figure 75**
 85. **Figure 76**
 86. **Figure 77**
 87. **Figure 78**
 88. **Figure 79**
 89. **Figure 80**
 90. **Figure 81**
 91. **Figure 82**
 92. **Figure 83**
 93. **Figure 84**
 94. **Figure 85**
 95. **Figure 86**
 96. **Figure 87**
 97. **Figure 88**
 98. **Figure 89**
 99. **Figure 90**
 100. **Figure 91**
 101. **Figure 92**
 102. **Figure 93**
 103. **Figure 94**
 104. **Figure 95**
 105. **Figure 96**
 106. **Figure 97**
 107. **Figure 98**
 108. **Figure 99**
 109. **Figure 100**
 110. **Figure 101**
 111. **Figure 102**
 112. **Figure 103**
 113. **Figure 104**
 114. **Figure 105**
 115. **Figure 106**
 116. **Figure 107**
 117. **Figure 108**
 118. **Figure 109**
 119. **Figure 110**
 120. **Figure 111**
 121. **Figure 112**
 122. **Figure 113**
 123. **Figure 114**
 124. **Figure 115**
 125. **Figure 116**
 126. **Figure 117**
 127. **Figure 118**
 128. **Figure 119**
 129. **Figure 120**
 130. **Figure 121**
 131. **Figure 122**
 132. **Figure 123**
 133. **Figure 124**
 134. **Figure 125**
 135. **Figure 126**
 136. **Figure 127**
 137. **Figure 128**
 138. **Figure 129**
 139. **Figure 130**
 140. **Figure 131**
 141. **Figure 132**
 142. **Figure 133**
 143. **Figure 134**
 144. **Figure 135**
 145. **Figure 136**
 146. **Figure 137**
 147. **Figure 138**
 148. **Figure 139**
 149. **Figure 140**
 150. **Figure 141**
 151. **Figure 142**
 152. **Figure 143**
 153. **Figure 144**
 154. **Figure 145**
 155. **Figure 146**
 156. **Figure 147**
 157. **Figure 148**
 158. **Figure 149**
 159. **Figure 150**
 160. **Figure 151**
 161. **Figure 152**
 162. **Figure 153**
 163. **Figure 154**
 164. **Figure 155**
 165. **Figure 156**
 166. **Figure 157**
 167. **Figure 158**
 168. **Figure 159**
 169. **Figure 160**
 170. **Figure 161**
 171. **Figure 162**
 172. **Figure 163**
 173. **Figure 164**
 174. **Figure 165**
 175. **Figure 166**
 176. **Figure 167**
 177. **Figure 168**
 178. **Figure 169**
 179. **Figure 170**
 180. **Figure 171**
 181. **Figure 172**
 182. **Figure 173**
 183. **Figure 174**
 184. **Figure 175**
 185. **Figure 176**
 186. **Figure 177**
 187. **Figure 178**
 188. **Figure 179**
 189. **Figure 180**
 190. **Figure 181**
 191. **Figure 182**
 192. **Figure 183**
 193. **Figure 184**
 194. **Figure 185**
 195. **Figure 186**
 196. **Figure 187**
 197. **Figure 188**
 198. **Figure 189**
 199. **Figure 190**
 200. **Figure 191**
 201. **Figure 192**
 202. **Figure 193**
 203. **Figure 194**
 204. **Figure 195**
 205. **Figure 196**
 206. **Figure 197**
 207. **Figure 198**
 208. **Figure 199**
 209. **Figure 200**
 210. **Figure 201**
 211. **Figure 202**
 212. **Figure 203**
 213. **Figure 204**
 214. **Figure 205**
 215. **Figure 206**
 216. **Figure 207**
 217. **Figure 208**

DATE RECEIVED

457647 9A

QUALIFICADORA Nº 02/2014, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840,

☐ FLAGRANTE DE DELITO ☐ MANDADO DE RECLUSÃO ☐ DILIGÊNCIA/FISCALIA ☐ RECAPTURA ☐ FLAGRANTE DE ATO INFRACIONAL.☐ INFRAÇÃO CONSUMATIVA DE TRÂNSITO ☐ EM FOLGIMENTO NA OCORRÊNCIA ☐ AJUIZADO PÚBLICO ☐

- HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

PESSOA(S) PRESA(S) OU DETIDA(S)

CONCLUSIONS

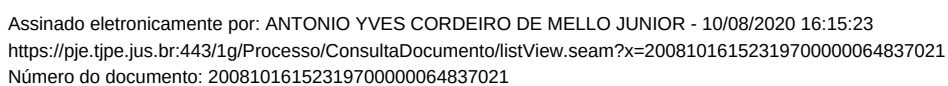
00000000

☐ BOLETIM DE OCORRENCIA NO DP☐ CONSELHO TUTELAR☐ATO INFRACIONAL.

ALBERTO

MATRICULA

Scanned with CamScanner





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



RAMO DE DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

Nome do segurado:

CPF:

Data de nascimento:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CATASTRÁFICAS DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA AUTOMA/BENEFICIÁRIO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, CURADOR/TUTOR)

Nome do titular:

CPF:

Data de nascimento:

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR/ CURADOR) PARA VIT. MORTUÁRIA (MENOR ENTRE 16 ANOS OU INAPAZADO EM GRAVIDEZ)

Nome do representante legal:

CPF do representante legal:

Declaro que sou o titular do seguro e que a informação fornecida é verdadeira e correta (ANEXAR CÓPIA)

20. RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA

☐ RENDAS VARIÁVEIS
☐ RENDAS FIXAS

☒ Salário (R\$) _____
☐ Rendimentos de aplicações

☐ Renda mensal de pensão (R\$) _____
☐ Renda mensal de aposentadoria (R\$) _____

21. DADOS BANCÁRIOS

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA

Nome do titular da conta: _____

☐ CONTA CORRENTE

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA

CONTA

AGÊNCIA

CONTA

Autorizo a emissão de uma cópia deste formulário para fins de controle de sinistro, sem que isso implique em qualquer tipo de responsabilidade por parte da LIDER.

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



Declaro que não tenho conhecimento de qualquer laudo médico emitido por Instituto Médico Legal (IML) ou por qualquer outro órgão de perícia que declare a existência de invalidez permanente do segurado.

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

Declaro que não tenho conhecimento de qualquer laudo médico emitido por Instituto Médico Legal (IML) ou por qualquer outro órgão de perícia que declare a existência de invalidez permanente do segurado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23. Estado civil da vítima

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24. Data do óbito da vítima

25. Local de residência da vítima

26. Vítima de roubo ou seqüestro (a)

☐ Sim

☐ Não

27. Se a vítima de roubo ou seqüestro foi internada em hospital com perito

28. Vítima de homicídio

☐ Sim

☐ Não

29. Se tinha filhos informais

☐ Sim

☐ Não

30. Vítima de suicídio

☐ Sim

☐ Não

31. Vítima de homicídio

☐ Sim

☐ Não

32. Se tinha irmãos informais

☐ Sim

☐ Não

33. Vítima de roubo

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a indenização por morte é paga apenas para a vítima declarada e não para os herdeiros ou beneficiários, salvo se a vítima for declarada como vítima de homicídio ou de suicídio.

NÃO ALFABETIZADO

34

35. Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)

36. CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)

37. Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

38. 1ª Nome

CPF

Assinatura da testemunha

39. 2ª Nome

CPF

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40. Local e Data: IPOTUCALPE, 11 de dezembro de 2019

Assinatura do representante legal (se houver)

41. Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43. Assinatura do Promotor do Benefício

91. 20/12/2019



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



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

COMPANHIA ENERGETICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93

CELPE
www.celpe.com.br

Tarifa Social da Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvindoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-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: 20605235362

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA VINTE E NOVE 101

LOTTO CANDAS/NOSSA SENHORA DO O
55590-000 IPOJUCA PE

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

DATA DE VENCIMENTO

05/02/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

123,23

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

29/01/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

29/01/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

094622127

CONTA CONTRATO

004008262697

Nº DO CLIENTE

2001581330

Nº DA INSTALAÇÃO

0001402372

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

E992,3E7D,93F0,A2A1,2010,4BBA,5FB9,0903

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,13645746	4,09
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,23392709	16,37
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	102,00	0,35089063	35,79
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,12556468	3,76
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,21525375	15,06
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	102,00	0,32288062	32,93
Acrescimo Bandeira AMARELA			2,75
Contrib. Hum. Pública Municipal			9,48
ICMS Subvenção-CDE-NF 086859820-28/11/19			0,73
ICMS Subvenção Baixa Renda			1,29
PRO-CRIANÇA-(061)3412-8960 0800 031 8969			0,98
TOTAL DA FATURA			123,23

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
110,75	25,00	27,68	110,75	0,90	0,99	110,75	4,15	4,59

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo-TUSD até 30	0,09545700	JAN 20	202
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,16161700	DEZ 19	197
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,34544830	NOV 19	173
Consumo-TE até 30 kWh	0,08763250	OUT 19	216
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,14097000	SET 19	107
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,22585550	AGO 19	91
		JUL 19	249
		JUN 19	213
		MAY 19	160
		ABR 19	199
		MAR 19	269
		FEV 19	263
		JAN 19	278

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
RS	%
Geração de Energia	37,36
Transmissão	4,17
Distribuição (Celpe)	25,32
Encargos Sociais	2,47
Tributos	33,26
Perdas de Energia	7,91
TOTAL	110,75

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DE FUNÇÃO	INTERIOR		ATUAL		Nº DE USAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO KWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000003191235692	CAT	10/12/2019	370,00	29/01/2020	572,00	30	1,00000	0,00	202,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 27/02/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM	MÉDIA ANUAL
nov/2019					
ON-Hora de horas sem Energia		0,15	5,91	11,82	23,64
FIH-Hora de horas sem Energia		1,50	1,42	6,33	13,70
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,15	1,48	0,50	0,00
DCCR-Duração da interrupção em dia crítico					
Limite DCCR: 12,22					
EUSD-Valor de Energia de Uso: R\$ 39,34					
Cada Consumidor pode solicitar a suspensão das interrupções DCCR, DMIC e DCCR a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! p. esta básica: e mais da cesta monteira 42 contra / supermercado caribé: rua do comércio 123 contra! lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a Bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res.414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 51,76.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

CÉSTAGUE AQUI

CONTA CONTRATO	MES/ANO	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
----------------	---------	---------------------	------------	--------------------





DOM HELBER CÂMARA



TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

NOME: <u>Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior</u>		DATA NASC: <u>10/07/1970</u>
REGISTRO: <u>120547</u>		DATA: <u>10/08/2020</u> HORA: <u>16:00</u>
SETOR DE ORIGEM: <u>V2004</u>		SETOR DE DESTINO: <u>C.C.</u>
S Situação (Enfermagem)	Nível de Consciência: <u>Comente</u> HGT: _____	
	PA: _____ Pulso: _____ Temp: _____ FR: _____ Oximetria: _____	
B Base do cenário (médico)	Padrão respiratório: (☒) Ar ambiente (☐) Suporte de O2 (☐) CatO2 (☐) NBZ (☐) TOT (☐) Traqueo VM (☐) Traqueo NEB (☐)	
	Intervenção nas últimas 24h: _____	
A Análise (Enfermagem)	Breve relato do caso: _____	
	Antibiótico profilático: (☐) Não (☐) Sim Antibiótico terapêutico: (☐) Não (☐) Sim Qual: _____ Horário: _____	
R Recomendação (Enfermagem)	Drogas Vasoativas: (☐) Não (☐) Sim Qual: _____	
	Prognóstico: (☐) Crônico (☐) Não Crônico	
A Análise (Enfermagem)	Nutrição: (☐) Jejum (☐) Dieta: _____	
	Dispositivos Invasivos: Cateter central (☒) Não (☐) Sim // SVD (☒) Não (☐) Sim	
R Recomendação (Enfermagem)	Alergia: (☒) Não (☐) Sim Qual: _____	
	Hemoderivados: (☐) Não (☐) Sim Qual: _____	
R Recomendação (Enfermagem)	Medicação de uso contínuo: _____	
	Riscos: (☐) LPP (☒) Queda (☐) Flebite (☐) Outros: _____	
R Recomendação (Enfermagem)	Grau de Complexidade: (☐) Crítico (☐) Semi Crítico (☐) Alta dependência (☐) Intermediário (☐) Mínimo	
	Exames Laboratoriais: (☐) Coletado (☐) Não Coletado Qual: _____	
R Recomendação (Enfermagem)	Exames de Imagem: (☒) Realizado <u>2005</u>	
	(☐) Pendente _____	
R Recomendação (Enfermagem)	Curativo: (☒) Não (☐) Sim Local: _____	
	Isolamento: (☒) Não (☐) Sim Qual: _____	

Enviado por: Ass. Médico _____ Ass. Enfermeiro _____

Recebido por: Ass. Enfermeiro _____ Hora: _____

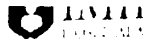
Remanda: Enfermeiro
COREN 840669

Scanned with CamScanner





DOM HELDER CÂMARA

Tipo do documento:
TERMO DE CONSENTIMENTONúmero do documento:
TER. 001Emissão:
17/04/2019Versão número:
001

Título:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Responsável pela elaboração:

Bruna Melo

Responsável pela aprovação:

Dr. André Sansão

Revisão:

00

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ANESTESIA

Eu, que aqui sou signatário, declaro que sou o principal responsável pelo procedimento anestésico a ser realizado nesta instituição.

Antes de ser submetido a anestesia, declarei, sob a pena de falsidade, que sou o responsável pelo procedimento anestésico a ser realizado nesta instituição, e que estou ciente do seguinte procedimento anestésico:

De acordo com:

- a) Toda a anestesia é realizada por um médico anestesiologista, sob a supervisão de um médico anestesiologista, e a anestesia é realizada por um médico anestesiologista. A anestesia é realizada por um médico anestesiologista, e a anestesia é realizada por um médico anestesiologista.
- b) Toda a anestesia é realizada por um médico anestesiologista, e a anestesia é realizada por um médico anestesiologista. A anestesia é realizada por um médico anestesiologista, e a anestesia é realizada por um médico anestesiologista.
- c) Eu, que aqui sou signatário, declaro que sou o principal responsável pelo procedimento anestésico a ser realizado nesta instituição, e que estou ciente do seguinte procedimento anestésico.
- d) Por ocasião deste consentimento, informo ao médico anestesiologista sobre doenças pre-existentes, os medicamentos em uso, alergias, reações, complicações anestésicas e reações alérgicas anteriormente apresentadas e, também, sobre o tempo decorrido de jejum (desde a última refeição/ingestão de líquidos).
- e) Eu, informo ao médico anestesiologista que não uso drogas entorpecentes, tais como o álcool, cocaína, heroína, anfetaminas, e outros, como o crack, que podem trazer prejuízo ao procedimento anestésico.

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, parágrafo ou parágrafos em que não concordei.

☒ PACIENTE / ☐ RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Rogério FranciscoData de nascimento: 15/10/1985 Grau de parentesco: _____

Cabo de Santo Agostinho, ____ de ____ de 20__

Rogério Francisco
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 28, Cabo de Santo Agostinho - PE; CEP 54510-000
Fone: 3183-0000

Scanned with CamScanner



Data 09/10/19

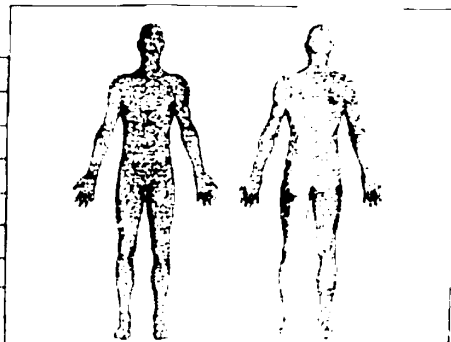
CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

Hora 10:00



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome	RAFAEL F. SILVA
Data de Nascimento	15/07/85
Registro	120347
Sexto	Unio

SINAIS VITAIS	
PA	120/80
FC	75
MT	67
Observação	



ENTREVISTA			
PERTENSO	SIM ()	NÃO ()	MEDICAÇÃO EM USO
DIABÉTICO	SIM ()	NÃO ()	MEDICAÇÃO EM USO
HABITOS	TABAGISTA	SIM ()	NÃO ()
	ETILISTA	SIM ()	NÃO ()

EXAMES SOLICITADOS			
IMAGEM: RX ()	TAC c/ Contraste ()	USG ()	ECO ()
TAC s/ Contraste ()	RNM ()	CATE ()	LABORATORIAL: SIM () NÃO ()
PARECER CARDIOLOGICO	SIM ()	NÃO ()	Risco Cirurgico
RESERVA DE HEMODERIVADOS	SIM ()	NÃO ()	GRUPO SANGUINEO
RESERVA DE LEITO DE UTI	SIM ()	NÃO ()	Qual? UTI: LEITO

ALERGIA		USO DE SONDAS	
SIM ()	QUAL	SNE ()	SNG ()
NÃO ()	OBSERVAÇÃO	SVD ()	
ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO		Outra	
		DRENO	
SIM ()	QUAL	SIM ()	NÃO ()
NÃO ()	OBSERVAÇÃO	Qual	
SIM ()	QUAL	Local	
NÃO ()	HORARIO DA ULTIMA ADMINISTRAÇÃO		

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE			
JEJUM:	SIM ()	NÃO ()	A partir do dia 09/10/19 as 20h Observação:
HIGIENIZAÇÃO:	SIM ()	NÃO ()	Observação:
TRICOTOMIA:	SIM ()	NÃO ()	Observação:
RETIRADO ADORNOS:	SIM ()	NÃO ()	RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA: SIM () NÃO ()
CIRURGIAS ANTERIORES:	SIM ()	Quais/Datas: MSD e MJD	
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE:	SIM ()	Quais/Datas:	
PULSIRA DE IDENTIFICAÇÃO:	SIM ()	Observação:	LATERALIDADE: SIM () NÃO ()
	NÃO ()		DEMARCADORA: NÃO ()

Enfermeiro Responsável:

(Assinatura e Carimbo)

Fernanda
Enfermeira
COREN 340069

COO 38404

Scanned with CamScanner



MEDICAMENTOS DA SALA CIRURGICA

DESCRIÇÃO MEDICAMENTO USADO EM SALA	QUANTIDADE	DESCRIÇÃO MEDICAMENTO USADO EM SALA	QUANTIDADE
AGUA BIDESTILADA C 10ML		METRONIDAZOL 5MG/100ML	
AGUA BIDESTILADA C 500ML		MIDAZOLAM 5MG/3ML	
ALFENTANIL 0.5MG/5ML		MILRINONA 1MG/20ML (PRIMACOR)	
ATRACURIM 25MG/2.5ML		MORFINA 0.2MG/1ML	
ATROPINA 0.25 MG/1ML		MORFINA 10MG/1ML	
BICARBONATO DE SODIO 8.4% C 10ML		MORFINA 1MG/2ML	
BICARBONATO DE SODIO 8.4% C 250ML		NALOXONA 0.4MG/1ML	
BUPIVACAINA C ADRENALINA 0.5% C 20ML		NEOMICINA + BACITRACINA POMADA	
BUPIVACAINA ISOBARICA 0.5% C 3ML		NEOSTIGMINA 0.5MG/1ML	
BUPIVACAINA PESADA 0.5% C 4ML		NIPRIDE 25MG/2ML	
BUPIVACAINA S ADRENALINA 0.5% C 20ML		NORADRENALINA 4MG/4ML	
CEFALOTINA 1G IV IM		OMEPRAZOL 40MG IV	
CEFAZOLINA 1G IV		ONDASETRONA 8MG/4ML	
CEFTRIAXONA 1G IV		PANCURONIO 2MG/2ML	
CETOPROFENO 100MG IV		PAPAVERINA 50MG/2ML	
CIPROFLOXACINA 200MG/100ML		PETIDINA 50MG/2ML	
CLONIDINA 150MCG/1ML		PROPOFOL 10MG/20ML	
CLONIDINA 150MCG/1ML		PROTAMINA 1% C 5ML	
CLORETO DE POTASSIO 10% C 10ML		REMIFENTANIL 2MG (ULTIVA)	
CLORETO DE SODIO 0.9% C 1000ML		RINGER C LACTATO 500ML	
CLORETO DE SODIO 0.9% C 100ML		RONCURONIO 50MG/5ML	
CLORETO DE SODIO 0.9% C 250ML		SEVOFLURANO 100ML	
CLORETO DE SODIO 0.9% C 500ML		SOLUÇÃO CARDIO PLEGICA C 10ML	
DEXAMETAZONA 4MG/2 ML		SULFATO DE MAGNESIO 50% C 10ML	
DEXTROCETAMINA 10ML (CETAMINA S+)		SULFENTANIL CITRATO 5MCG/2ML	
DIAZEPAM 10MG/2ML		SUXAMETONIO 100MG	
DIFENIDRAMINA 50MG/1ML		TRAMADOL 50MG/1ML	
DIPIRONA 500MG/2ML		TRIGLICERIDEOS CADEIA (TCM) 200ML	
DOBUTAMINA 250MG/20ML		VITAMINA C 500MG/5ML	
DOPAMINA 50MG/10ML		VOLUVEN 6% C 500ML	
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 80MG/2ML			
GLICOSE 10% C 500ML			
GLICOSE 5% C 500ML			
GLICOSE 50% C 10ML			
GLUCONATO DE CALCIO 10% C 10ML			
HEPARINA SODICA 5.000UI/ML C 5ML			
HIDROCORTISONA 500MG			
IPSILO 4G C 20ML			
LIDOCAINA 2% C ADRENALINA C/20ML			
LIDOCAINA 2% S ADRENALINA C/20ML			
LIDOCAINA 2% GEL			
MANITOL 20% C 250ML			
METARAMINOL 10MG (ARAMIN)			
METIL PREDNISOLONA 500MG			
METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML			
METOPROLOL 5MG/5ML (SELOKEN)			

Scanned with CamScanner



IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: Antônio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR 08/10/19 Registro: 10347
Cidade: SUS Estado: SP Hora: 14:10

2. Equipamento

Equipamento: Monitor Marca: Mediatec Modelo: Mediatec
Instrumentador: Garibol

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

CÓD. 38236

Scanned with CamScanner



MATERIAL DE SALA CIRURGICA

PACIENTE:	LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA			DATA:	14/08/2020		
CIRURGIO:	DR. MARCELO VITORINO			RG:	1234567		
ANESTESISTA:	DR. JOAO			AUXILIAR:			
CIRURGIA:	CIRURGIA DE VENTRIL			ANESTESIA:	NITROX 7 - SODIUM		
ESTRUMENTADOR:	DR. JOAO			COORDENACAO DO BLOCO:	NITROX		
CIRCULANTE:	DR. JOAO			COREM:			
ENFERMEIRA:	DR. JOAO			HORARIO INICIAL:	HORARIO FINAL:		

DESCRICAO MATERIAL USADO EM SALA				DESCRICAO MATERIAL USADO EM SALA			
AGULHAS				DRENOS			
10X4,5	25X7	25X9	40X12	KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
CARDIOPLEGICA	STIMULIX	RAQUIZ	RAQUIZ	KHER 16	SUCCAO 3,2	SUCCAO 4,8	SUCCAO 6,4
ATADURAS				BLAKER 12FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 25
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM	TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM		SONDAS			
CANULAS				ENTERAL 10	ENTERAL 12		
TRAQUEOST 10	TRAQUEOST 12	TRAQUEOST 14	TRAQUEOST 16	ASPIRACAO 10	ENDOTRAQ 2,0	ENDOTRAQ 2,5	ENDOTRAQ 3,0
TRAQUEOST 18				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	FIDURAL 16	SUBCLAVIA 10	ENDOTRAQ 7,5	ENDOTRAQ 8,0	ENDOTRAQ 8,5	ENDOTRAQ 9,0
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18	FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24		FOLEY 2VIAS 06	FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12
LIMPADORES				FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 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	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX	URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
EQUIPOS				URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20
BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SONHO MACRO	FIOS CIRURGICOS			
EXTENSORES				ALGODAO 0	ALGODAO 2-0	ALGODAO 3-0	FITA CARDIACA
20CM	40CM	60CM	120CM	CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
LAMINAS				CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	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 8-0	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	60ML	60ML CATETER		VICRYL 4-0	CERA P/OSSO	MARCAPASSO	VALVEKIT
AVENTAL CIRUR				SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
BS COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/ VIDEO		SURGIGEL 5X75	ACO 1	ACO 4	ACO 6
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXAO 2VIAS	CONEXAO 4VIAS				
ELETRÓDOS	FILTRO UNIDIF	GAZES	GELFOAN				
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA				
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO				

COD: 38407

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 hipertermia retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente	
	() Outros	
11. Choque Hipovolêmico ()	() Aferir sinais vitais a cada ____ / ____ m.n	
	() 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	
12. Risco de Infecção ()	() Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização	
	() Registrar e anotar sinais flogísticos	
	Local: <u> </u>	
	() Examinar F.O. e registrar alterações () dor; () Calor; () Rubor; () Edema.	
	() Outros	
	() Outros	

G - Sonda Nasogástrica

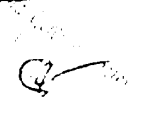
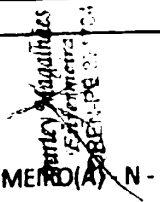
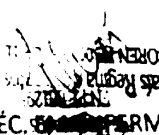
PA - Pressão Arterial

FC: Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso Enteral

HGT - Hemoglicoteste

AVP - Acesso Venoso Periférico

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

Scanned with CamScanner



**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
BLOCO CIRÚRGICO - SRPA**

Nome: _____		Registro: 123456	Leito: 55
Procedimento cirúrgico: _____		Data: 10/08/2020	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 <u>24</u> h ☐ Realizar mudança de decúbito 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: _____		

CÓD. 38605

Scanned with CamScanner



DOM HEDER CUMANA

CPF: 010.104.100-06

Endereço: Rua José Manoel, 100, Jd. Santa Helena, IMB, Heliópolis, SP

CEP: 09133-040

FONE: MARTINIANO FERNANDES

Registro: 120347

Nome: LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO

Mãe: LUCIA MARIA DA SILVA

End: RUA VINÍCIUS DE NOVE

Cidade: UBTÓ, RJ

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

Atendimento: 506004

Uf: RJ

Cidade: UBTÓ

Estado: RJ

Cidade: UBTÓ

CNPJ: 09.040.000/0001-00

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- ☒ Confirmação sobre o paciente:
 - Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado
 - Consentimento informado e realizado
- ☒ Sinais vitais do paciente: cor, temperatura, frequência cardíaca, pressão arterial, saturação de oxigênio
- ☒ Checkagem do equipamento anestésico:
 - Fluxômetro do gás instalado e funcionando
- ☒ O paciente tem alguma alergia?
 - Não
 - Sim

- ☒ Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?
 - Não
 - Sim e há equipamento disponível
- ☒ Há risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/kg em crianças)?
 - Não
 - Sim e há equipamento disponível

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- ☒ Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
- ☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam:
 - Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado
- ☒ Antecipação de eventos críticos:
 - Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia?
 - Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? *1h 50'*
 - Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente?
 - Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? *Sim*

- ☒ O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?
 - Sim
 - Não se aplica
- ☒ Exames de imagem estão disponíveis?
 - Sim
 - Não se aplica

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

Nome do procedimento realizado

Contagem de compressas, instrumentos e guelhas está correta (ou não se aplica)

Órgãos estão identificados com o nome do paciente

Há algum problema com equipamentos que não tem sido resolvido

Cirurgião, o anestesista e a enfermagem confirmam os pontos mais importantes na preparação pós-anestésica e pós-operatória do paciente

Pós-op / CRPA

Scanned with CamScanner



CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM
AUXILIAR TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: Duques Francisco de Sousa Neto Registro: 12547
Clínica: Enfermaria Leito: 12547
Sexo: masculino Peso de admissão: 70 Kg Peso Atual: 70 Kg
Hipótese Diagnóstica: 07/10/19

HORA: 07:00 PLANTÃO DIURNO: 07/10/19
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, sem alterações medicadas, CPN segue as prescrições de enfermagem.

Auxiliar / Técnico de Enfermagem: Ana Maria Brito

HORA: 19:00 PLANTÃO NOTURNO: 19/10/19 DATA: 19/10/19
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, segue as prescrições de enfermagem.

Auxiliar / Técnico de Enfermagem: Barbara

PREScrição DE ENFERMAGEM

Técnico de Enfermagem	Horário	Responsável



Pernambuco

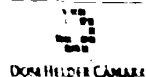
HOSPITAL
DOM HELDER CAMARA

IMIP
GESTÃO
HOSPITALAR

HORA	SINAIS VITAIS						OXIGENIOTERAPIA						CONTROLE HIDRICO										DEMAIS CONTROLES					
	PA	T INCUB	FC (bpm)	F Resp	Sat O2	Temp	IP O2	FI O2	O2	Ar Comp	PEEP	Oral	S Gest	NPT	Soro	Medic.	Dreno	Diurose	S Gast	Fezes	Vômitos	DVE	Netrost.	Glicosúria	Catonúria	Dextro	Dens. U	Asp. VAS
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: 526054

Data e Hora do Atendimento: 03/10/2019 15:09

Usuário do Atendimento: MARIZAMSS

Convênio: SUS - INTERNAÇÃO

Nome do Paciente: LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO

Prontuário: 129847

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: 7457157

SUS/PE Data Emissão: 29/11/2016

CPF: 06465975433

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade: RECIFE

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARAÇÃO

Carteira Nacional SUS: 700407434822040

Ocupação Habitual: AUTONOMO

Endereço: RUA VINTE E NOVE

101

NOSSA SENHORA DO O

Cidade: IPOJUCA

PE

CEP: 55562972

Fone: 985657090

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: SAMU

Médico: GACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

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, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico/laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 03/10/2019

Assinatura e R.G. do Responsável:

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta:

Diagnóstico:

Procedimento:

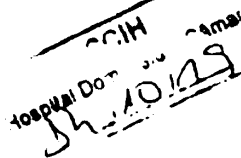
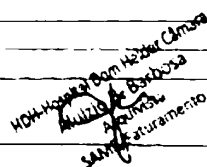
Alta em: 05/10/19

Hora:

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:	Antonio Francisco de Almeida		Data:	04/10/19	Hora:	14:50	Registro:	12345		
Convênio:	SUS		Letto:	Pe:		Atividade:				
2 - EQUIPE MÉDICA										
Cirurgião:	Dr. Marcelo Albuquerque		Anestesiologista:	Dr. Paulo		Instrumentador:			Dr. João	
Auxiliar:			2º Auxiliar:							
3 - DADOS DA CIRURGIA										
Cirurgia:	TTC - retirada de tumor		Início:	15:50	Termino:	16:30				
Anestesia:	Gargal + Sufentanil		Início:	15:45	Termino:	16:25				
4 - PRÉ-OPERATÓRIO:										
Estado Geral:	☐ Bom	☒ Regular	☐ Grave							
Nível de Consciência:	☒ Orientado	☐ Consciente	☐ Sonolento	☐ Coma						
Respiração:	☒ Espontânea	☐ Entubado	☐ Traqueostomizado							
Tricotomia:	☐ Sim	☒ Não								
Chegou no CC em uso de:										
5 - TRANS-OPERATÓRIO:										
Posição Fowler:	☐ Lateral	☒ Dorso	☐ Ventral	Ginecológica:						
Banco de Sangue:	Laboratório:		Radiologia:	Peça Cirúrgica:		Sim:				
5.1 - EQUIPAMENTOS:										
Oxímetro de Pulso:	☒	Monitor Cardíaco:	☒	PN:	☒	Bomba CEC:	☐	Aspirador:	☐	
Coletor Térmico:	☐	Bisturi Ultrassônico:	☐	Artroscópio:	☐	Microscópio:	☐	Capnógrafo:	☐	
Bisturi Elétrico:	☐	Local da Peça:								
Carro de Anestesia:	☒	Difusor:	☐	Intensificador:	☐	Nº:				
Ap. Vício:	☐	Bomba de Infusão:	☐							
Oxigênio:	☐	Início:			Termão:					
Protótipo:	☐	Início:			Termão:					
Gas Carbônico:	☐	Início:			Termão:					
Outros:										
5.1 - PROCEDIMENTOS:										
Cânula Orotraqueal:	Sim:	☐	Não:	☒	Punção Venosa:	Sim:	☐	Não:	☐	
Sonda Vesical de Demora:	Sim:	☐	Não:	☒	Sonda Gástrica:	Sim:	☐	Não:	☐	
Drenagem (Tipo e Local):	Sim:	☐	Não:	☒						
Curativo (Tipo e Local):	Sim:	☒	Não:	☐						
5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:										
ANESTESIA:		CIRURGIA:								
Folha em anexo ao										
medicamento do paciente										
6 - OBSERVAÇÕES:										
Início da cirurgia às 15:45										
Fim da cirurgia às 16:30										
7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO										
Paciente:	Acorado:	☒	Narcose:	☐	Entubado:	☐	Traqueostomizado:	☐		
Encaminhado para:	SRPA:	☒	S. Intensiva:	☐	UCUR:	☐	UTI:	☐	Apq:	☐
Data:	04/10/19	Hora:	16:43	Enfermeira:	Dani	Circulante:	Shirley			



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	Observações
08.10.19	Presença de sinais vitais, sem queixas. Não apresenta, nem sinais de desidratação. Exame físico normal.
09.10.19	Presença de sinais vitais, sem queixas. Não apresenta, nem sinais de desidratação. Exame físico normal.
10.10.19	Presença de sinais vitais, sem queixas. Não apresenta, nem sinais de desidratação. Exame físico normal.
11.10.19	Presença de sinais vitais, sem queixas. Não apresenta, nem sinais de desidratação. Exame físico normal.
12.10.19	Presença de sinais vitais, sem queixas. Não apresenta, nem sinais de desidratação. Exame físico normal.
13.10.19	Presença de sinais vitais, sem queixas. Não apresenta, nem sinais de desidratação. Exame físico normal.
14.10.19	Presença de sinais vitais, sem queixas. Não apresenta, nem sinais de desidratação. Exame físico normal.
15.10.19	Presença de sinais vitais, sem queixas. Não apresenta, nem sinais de desidratação. Exame físico normal.
16.10.19	Presença de sinais vitais, sem queixas. Não apresenta, nem sinais de desidratação. Exame físico normal.
17.10.19	Presença de sinais vitais, sem queixas. Não apresenta, nem sinais de desidratação. Exame físico normal.
18.10.19	Presença de sinais vitais, sem queixas. Não apresenta, nem sinais de desidratação. Exame físico normal.
19.10.19	Presença de sinais vitais, sem queixas. Não apresenta, nem sinais de desidratação. Exame físico normal.
20.10.19	Presença de sinais vitais, sem queixas. Não apresenta, nem sinais de desidratação. Exame físico normal.
21.10.19	Presença de sinais vitais, sem queixas. Não apresenta, nem sinais de desidratação. Exame físico normal.
22.10.19	Presença de sinais vitais, sem queixas. Não apresenta, nem sinais de desidratação. Exame físico normal.
23.10.19	Presença de sinais vitais, sem queixas. Não apresenta, nem sinais de desidratação. Exame físico normal.
24.10.19	Presença de sinais vitais, sem queixas. Não apresenta, nem sinais de desidratação. Exame físico normal.
25.10.19	Presença de sinais vitais, sem queixas. Não apresenta, nem sinais de desidratação. Exame físico normal.
26.10.19	Presença de sinais vitais, sem queixas. Não apresenta, nem sinais de desidratação. Exame físico normal.
27.10.19	Presença de sinais vitais, sem queixas. Não apresenta, nem sinais de desidratação. Exame físico normal.
28.10.19	Presença de sinais vitais, sem queixas. Não apresenta, nem sinais de desidratação. Exame físico normal.
29.10.19	Presença de sinais vitais, sem queixas. Não apresenta, nem sinais de desidratação. Exame físico normal.
30.10.19	Presença de sinais vitais, sem queixas. Não apresenta, nem sinais de desidratação. Exame físico normal.
31.10.19	Presença de sinais vitais, sem queixas. Não apresenta, nem sinais de desidratação. Exame físico normal.

Dr. João Machado
Ouro Preto, 10/08/2020
UFPA 10644

Scanned with CamScanner





BL 100

Atendimento social o espere para
em entrevista referente memoria
notando a seguinte DPVAT

Assistente Social
10412 - 4º Distrito

8.9 OUT 2019

10412 - 4º Distrito

Exame Físico

anamnese e
p.w.c.

Antecedentes Pessoais

Medicamentos em Uso

Antecedentes Familiares

Hipótese Diagnóstica Principal

Fra + ches no nos E

Hipóteses Diagnósticas Secundárias

Plano Terapêutico

HO CTRG

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



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

Página 0001
 Data 04/10/2019
 Hora 15:39

Arquivo de Cirurgia 43239 Sala 0003 SALA 03
 Paciente 120847 LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO Atendimento 620154
 Convênio Atend. SUS - INTERNACAO Cartera
 Leito 343 LEITO 14 Idade 34 Anos
 Dt. Inicio 04/10/2019 16:00 Dt. Fim 04/10/2019 16:45
 Rd. Pré-Operatório
 Rd. Pós-Operatório

Procedimento 0408050500 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA (PRINCIPAL)
 Convênio 001 SUS - INTERNACAO
 Anestesia 86 RAQUIANESTESIA + SEDACAO

Cirurgião 16548 MARCELO HENRIQUE DE MELO LUNA MACHADO
 Anestesiologista 8010 TEREZA CRISTINA DA SILVA

Descrição Cirúrgica

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

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

Em 04/10/2019
 17:00
 17:05

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

OR(A) MARCELO HENRIQUE DE MELO LUNA MACHADO
 CRM 16548

RAIO-X		
DATA	LOCAL DO CORPO	QUANTIDADE DE FILMES
04/10/19	Perna E	02

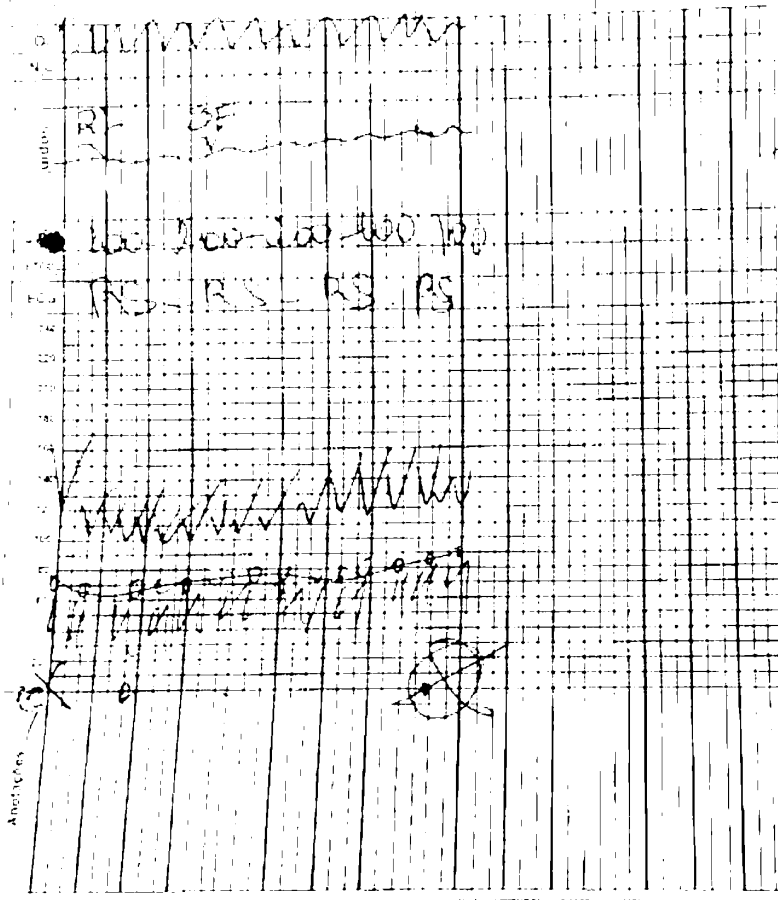
HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA

Scanned with CamScanner

FICHA DE ANESTESIA

04/10/19

Paciente: Francisco de Assis MP 271
010 Fereze Salles Liberto
120377
Unidade de Terapia Respiratória



Neurológico: OK
 Pulso: 30
 Pressão: 60/40
 Saturação: 100

Oxigênio: 30

Raquel: 27
 mial: Sem
 apêndice: 25
 punção: Guia
 + incisão
Venoso

Intubação

☐ ETT

☐ Temperatura

☐ Swann-Ganz

☐ Arterialização

☐ CVC

☐ Estimulação de Nervos

☐ Linha Arterial

☐ Volúmetria BP Plus

Encaminhado

☒ Anestesiado

☐ Simples

☐ Retido

Destino

☒ ORPA

☐ Aparência

☐ UTI

☐ Externo

Intubação ☒ Não ☐ Sim

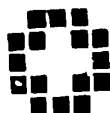
Assintomas

Observações

Tereza C. Silva
 Médica
 CRM 6010







HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO

IMIP

HOSPITALAR

1. Identificação

Nome: Guilherme Junior de Nogueira Data de nascimento: 10/10/19 Hora: 15h Registro: 12000
Endereço: _____

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgião: Dr. Roberto da Silva
Tipo de anestesia: _____
Equipe: Dr. Roberto da Silva Anestesiologista: Dr. Roberto da Silva

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: _____
Drênes: (X) não () Sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 120x80 mmHg FR: 15 p/min FC: 70 p/min SaPO2: 100%
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	120x80	120x80	120x80	120x80	120x80	
FR	10	9	8	10	11	
FC	70	63	72	58	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 DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO RIFI IMIP

Data e hora retida 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: **EMERGENCIA - VERMELHO**

Cod: [REDACTED] 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

ATENDIMENTO

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

Data Impressão: 03/10/2019 14:47

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

Scanned with CamScanner





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento 526034

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

Senha da Classificação:

0037

Paciente 120847 LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 15/07/1985 Idade: 34 anos Convênio: 0
Nome da Mãe: JOSÉ AMARAL DA SILVA Nome do Pai: JOÃO FRANCISCO DA SILVA
Estado Civil: CASADO Nome do Médico: MARCELO VIEIRA DE OLIVEIRA
Endereço: RUA VINTE E NOVE, 1000 - JARDIM SÃO CARLOS - SÃO PAULO - SP Bairro: JARDIM SÃO CARLOS
Cidade/UF: SÃO PAULO - SP Usuário Atendimento: THAYAN OLIVEIRA
RG (Identidade): 4431157 SUS PE Data de Emissão: 20/11/2016
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 004593454-1 Fone: 00000000000
Cartão SUS Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Queixa Principal: Pel. volume de acúmulo materno, desde
pele sobre o abdome por cm mte
local, de dor m. com acúmulo

Exame Físico: local, com dor, espessura
pele (+)
espessura com membros acúmulo, sem
pele m. com acúmulo
local, de dor m. com acúmulo

Hipótese Diagnóstico: Frot. c/so m. n. n. n. (FECHE)

Conduta Terapêutica:

Prescrição Médica:

ATENDIDO
ATENDIDO
SECC 21100ml + clomip 100mg @ 15/10/19
CELESTIC 100mg - clomip 100mg @ 15/10/19
Rx sint. trauma + c/so m. n. n. n. @ 15/10/19

Dr. Igor Azeiteiro

03/10/2019

Carimbo Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

JULIENNE HOSPITAL

Scanned with CamScanner



HISTÓRIA CLÍNICA

Nome: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR Registro: _____ Nº Atendimento: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante () Sim () Não
Almôço: _____ Enfermidade: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Antecedente Principal e Duração: _____

Doença de pele (C)

História da Doença Atual: _____

Doença de pele de 13/11/20

Exat. caso de pele

Interrogatório Sintomático: _____

Do + ref. Exat. pele (C)





RECEITUÁRIO

Prescrição de
medicamento

uso oral

R

1) PROCLAM 100

01 comp VO 12/12h por
5 dias

2) Diphema 500

02 comp VO 6/6h

/
05.10.19

Scanned with CamScanner



Resumo de Alta Hospitalar / Orientação Final / Ficha de Esclarecimento

NOME: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR Registro: 15.126
Médico: Dr. Nivaldo M. Data da Admissão: 12/08/20 Data da Alta: 15/08/20

Comunicação Domiciliar:

paciente em boas condições

Conduta / Procedimentos Realizados:

EAS

Prescrição para o Domicílio:

med. reabilitação

Informações Complementares:

trazer Rx na consulta

Programação após Alta Ambulatório de Egresso: SIM ☒

Data da Consulta: 15 de ag

NÃO ☐

Assinatura do Médico e Carimbo

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

Scanned with CamScanner

LAUDO MÉDICO

Data de Atendimento: ____/____/____

Nº PRONTUÁRIO: _____

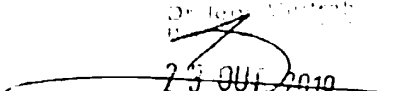
NOME DO PACIENTE: LUIS FRANCISCO DO NASCIMENTO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRAT. CASSA M. N. R. (C)

CID: S. 822

OBS.:

Nº DIAS seisenta (60) AFASTAMENTO DO TRABALHO

Dr. João Vitorino

23 OUT 2019
Assinatura do Médico
Carimbo

CÓD. 38391

Scanned with CamScanner





ATESTADO MÉDICO

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

Luís Gonçalo do Nascimento foi atendido (a) neste

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

trinta
☒ Necessitado de 30 dias de afastamento de suas atividades
(no trabalho ou escola).

☐ Estando apto para voltar ao trabalho.

☐ Como acompanhante.

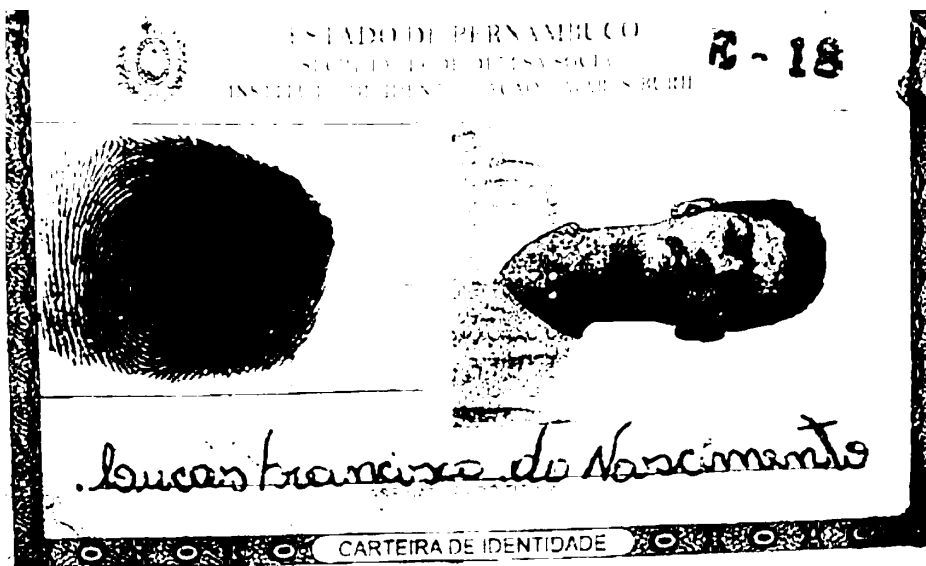
☐ Outros: _____

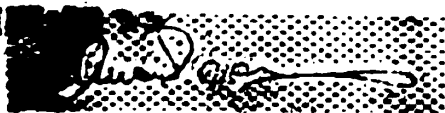
até 05 de 10 de 20 19

[Assinatura]
Médico

Scanned with CamScanner





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	7.457.157
DATA DE EXPEDIÇÃO	29/11/2016
NOME	<< LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO >>
FILIAÇÃO	<< JOSÉ FRANCISCO DO NASCIMENTO >> << JOSEFA MARIA DA SILVA >>
NATURALIDADE	RECIFE - PE
DATA DE NASCIMENTO	15/07/1985
DOC. ORIGEM	<< 076018 01 55 1988 1 00071 043 0081848 71 RECIFE >>
CPF	064.689.754-33
 Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior Chefe de Polícia-Geral ITR	
ASSINADO EM DO DIRETO	



Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1408296722

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. CARLOS DE CARVALHO, 111 - JARDIM
SANTO ALEIXO
50050-000 RECIFE, PE
NÚMERO DE INSCRIÇÃO: 003844633

Taxa Especial de Energia Elétrica: R\$ 10,497 por kWh
COMERCIAL - 11% (INCLUI INDA) 11%
Atendimento ao cliente: 0800-000-1111
Cidade: Recife, PE
Agência de Regulação dos Serviços Públicos de Energia
do Estado de Pernambuco - APEL - 0800-000-1111
Ligação Gratuita de Telefone Fixo
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 0800-000-1111
Ligação Gratuita de Telefone Fixo e Celular
na origem para telefones residenciais

CEPE

DADOS DO CLIENTE
MARIA JOSE FERNANDES

DATA DE VENCIMENTO
13/11/2019

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
30/10/2019

CONTA CONTRATO
4008262697

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

TOTAL A PAGAR
R\$ 135,88

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

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
Monofásico
B1

PERÍODO CONSUMO
26/10/2019 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.

838000000017 358800110049 008262697101 169553587734



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Scanned with CamScanner



LAUDO MÉDICO

Data de Atendimento: ____/____/____

Nº PRONTUÁRIO: _____

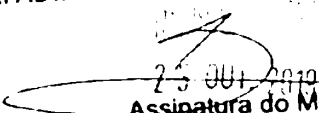
NOME DO PACIENTE: LUZIA FRANCISCA DE OLIVEIRA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Fratura da mão direita @

CID: S 822

OBS.:

Nº DIAS setenta (60) AFASTAMENTO DO TRABALHO


Assinatura do Médico
Carimbo

COD 38391

Scanned with CamScanner





HOSPITAL
DOM HELDER CAMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

ATESTADO MÉDICO

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

Lucia Ramos do Nascimento foi atendido (a) neste

serviço no dia 03 de 10 de 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 de 65 de 10 de 20 de 19

[Assinatura]
Médico

Scanned with CamScanner





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 529004

Data e Hora do Atendimento: 03/10/2019 - 15:09

Usuário do Atendimento: MARZAMBON

Convênio: SUS - INTERNAÇÃO

Nome do Paciente: LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO

Prontuário: 121047

Nome da Mãe: JOSEFA MARIA DA SILVA

Nome do Pai: JOSE FRANCISCO DO NASCIMENTO

Data do Nascimento: 11/07/1985

Idade: 34 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: CASADO

RG: 7457157

SUS EE Data Emissão: 29/11/2016

CPF: 16458975433

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade: RECIFE

Escolaridade: NÃO SABE LER E ESCREVER

Ocupação Habitual: AUTÔNOMO

Carteira Nacional SUS: 700407434822340

Endereço: RUA VINTE E NOVE

101

NOSSA SENHORA DO O

Cidade: IPOJUCA

PE

CEP: 55560972

Fone: 985657090

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: SAMU

Médico: WAGIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

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, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 03/10/2019

Assinatura e R.G. do Responsável:

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta:

Diagnóstico:

Procedimento:

Alta em: 05/10/19

Hora:

Médico e C.R.M.:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G.:

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Assinatura

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Assinatura

Scanned with CamScanner



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

Processo 100.1
 Data 04/10/2019
 Hora 15:49

Assunto Cirurgia 43230

Endereço 120347

Convenção Ampla

Data 04/10/2019

Horário 04:30:00 a 16:00

Idade 44 Anos

Sexo Masculino

UF AS FRANGOSA DE NASCIMENTO

SUS - INTERNAÇÃO

CE 1314

DT 04/10/2019 16:46

Assunto Cirurgia 43230

Endereço

Idade 44 Anos

Procedimento 0408050400

Convenção 001

Anestesia B6

FRATURA DE DIAPHRAGMA DA PERNA DA PERNADA

SUS - INTERNAÇÃO

RAIO-X ANESTESIA + SEDACAO

URNA

ANESTESISTA

16548 MARCELO HENRIQUE DE MELO LUNA MACHADO

0010 TEREZA CRISTINA DA SILVA

Descrição Cirúrgica

1. FRATURA DIAPHRAGMA DA PERNA DA PERNADA
 2. CIRURGIA PROPOSTA: RAIO-X COM PLACA 4.5
 3. CIRURGIÃO: MARCELO MACHADO
 4. ANESTESISTA: TEREZA

Procedimento

1. PACIENTE EM DCH SOB ANESTESIA
2. PARSEPSIA E ANTISEPSIA MIE
3. POSICIONAMENTO DE CAMPOS
4. INDICAÇÃO DE PLE DE 10CM NA FACE ANTERO-LATERAL DA PERNA ESQUERDA
5. DISSECAÇÃO POR PLANOS
6. VISIBILIZADO FOCO DE FRATURA
7. REDUÇÃO ORIENTADA 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: MARCELO HENRIQUE DE MELO LUNA MACHADO
 Em 04/10/2019

Achados Cirúrgicos

Descrição Complementar

Dr. Marcelo Machado
 Cirurgião Geralista

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





22. DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML – PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE:

☒ Declaro, sob as penas da lei, que não existe laudo médico emitido pelo Instituto Médico Legal (IML) que ateste a existência de invalidez permanente.

• Se não, a Medicina Legal não foi solicitada para emitir o laudo médico.

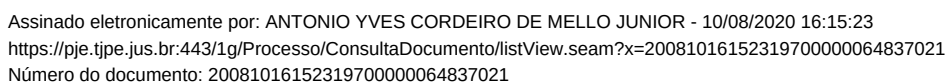
• Se sim, a Medicina Legal foi solicitada para emitir o laudo médico, mas não foi possível obter o laudo médico devido a falta de atendimento no IML.

• Se sim, a Medicina Legal foi solicitada para emitir o laudo médico, mas não foi possível obter o laudo médico devido a falta de atendimento no IML.

DECLARACIÓN DE UNO DE LOS BENEFICIARIOS - PREENCHIMIENTO SOLO PARA COBERTURA DE MUERTE	
1. ¿Es usted el beneficiario?	☐ Sí ☐ No
2. ¿Es usted el titular?	☐ Sí ☐ No
3. ¿Es usted el representante legal?	☐ Sí ☐ No
4. ¿Es usted el representante legal de la persona que es el beneficiario?	☐ Sí ☐ No
5. ¿Es usted el representante legal de la persona que es el titular?	☐ Sí ☐ No
6. ¿Es usted el representante legal de la persona que es el representante legal?	☐ Sí ☐ No
7. ¿Es usted el representante legal de la persona que es el representante legal de la persona que es el representante legal?	☐ Sí ☐ No
8. ¿Es usted el representante legal de la persona que es el representante legal de la persona que es el representante legal de la persona que es el representante legal?	☐ Sí ☐ No
9. ¿Es usted el representante legal de la persona que es el representante legal de la persona que es el representante legal de la persona que es el representante legal de la persona que es el representante legal?	☐ Sí ☐ No
10. ¿Es usted el representante legal de la persona que es el representante legal de la persona que es el representante legal de la persona que es el representante legal de la persona que es el representante legal de la persona que es el representante legal?	☐ Sí ☐ No

NÃO ALFABETIZADO	24. Nome do candidato: _____ Assinatura do candidato: _____ Assinatura do fiscal: _____	25. [10] Nome: _____ CPF: _____ Assinatura do candidato: _____ [20] Nome: _____ CPF: _____ Assinatura do candidato: _____
-------------------------	---	--

1. What is the purpose of the study? To determine the effect of the B-12 deficiency on the blood and the nervous system.



COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO Rua Vinte e Nove de Abril, 101 - Floresta CEP: 55050-600 - Recife - PE		Agência de Pagamento do Gerente de Recursos Humanos Agência de Pagamento do Gerente de Recursos Humanos Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL	
DADOS DO CLIENTE MARIA JOSE FERNANDES	DATA DE VENCIMENTO 13/11/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 30/10/2019	CONTA CONTRATO 4008262697
ENDEREÇO RUA VINTE E NOVE, 101 - FLORESTA CEP: 55050-600 - RECIFE - PE	TOTAL A PAGAR R\$ 135,88	DATA DA APRESENTAÇÃO 06/11/2019	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Mensalidade
PERÍODO CONSUMO 01/11/2019 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 355800110049 008262697101 169553587734			
			

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

COMPANHIA ENERGETICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93

CELPE
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-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: 20065235362

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA VINTE E NOVE 101

LOTTO CANDAS/NOSSA SENHORA DO O
55590-000 IPOJUCA PE

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

DATA DE VENCIMENTO

05/02/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

123,23

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

29/01/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

29/01/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

094622127

CONTA CONTRATO

004008262697

Nº DO CLIENTE

2001521330

Nº DA INSTALAÇÃO

0001402372

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

E992,3E7D,93F0,A2A1,2010,4BBA,5FB9,0903

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,13645746	4,09
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,23392709	16,37
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	102,00	0,35089063	35,79
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,12556468	3,76
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,21525375	15,06
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	102,00	0,32288062	32,93
Acrescimo Bandeira AMARELA			2,75
Contrib. Hum. Pública Municipal			9,48
ICMS Subvenção-CDE-NF 086859820-28/11/19			0,73
ICMS Subvenção Baixa Renda			1,29
PRO-CRIANÇA-(061)3412-8960 0800 031 8969			0,98
TOTAL DA FATURA			123,23

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
110,75	25,00	27,68	110,75	0,90	0,99	110,75	4,15	4,59

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo-TUSD até 30	0,09545700	JAN 20	202
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,16161700	DEZ 19	197
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,34544830	NOV 19	173
Consumo-TE até 30 kWh	0,08763250	OUT 19	216
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,14097000	SET 19	107
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,22585550	AGO 19	91
		JUL 19	243
		JUN 19	213
		MAY 19	160
		ABR 19	199
		MAR 19	269
		FEV 19	263
		JAN 19	278

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
RS	%
Geração de Energia	37,36
Transmissão	4,17
Distribuição (Celpe)	25,32
Encargos Sociais	2,47
Tributos	33,26
Perdas de Energia	7,91
TOTAL	110,75

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DE FUNÇÃO	INTERIOR		EXTERIOR		Nº DE USAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000003191235692	CAT	10/12/2019	370,00	29/01/2020	572,00	30	1,00000	0,00	202,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 27/02/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM	MÉDIA ANUAL
nov/2019					
OC-No.de horas sem Energia		0,15	5,91	11,82	23,64
FIC-No.de vezes sem Energia		1,50	1,42	6,33	13,70
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,15	1,48	0,50	0,00
DCCR-Duração da interrupção em dia crítico					
Limite DCCR: 12,22					
EUSD-Valor de Energia de Uso: R\$ 39,34					
Cada Consumidor pode solicitar a suspensão das interrupções DCC, DMC e DCCR a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! p. esta básica: e mais da cesta monteira 42 contra / supermercado caribé: rua do comércio 123 contra! lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a Bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res.414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 51,76.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

CÉSTAGUE AQUI

CONTA CONTRATO	MES/ANO	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
----------------	---------	---------------------	------------	--------------------



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 sequela

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 sequela

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:

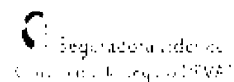
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/10/2019

Titular do CPF: LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ATENÇÃO

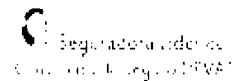
O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 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: 064.689.754-33

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/10/2019

Titular do CPF: LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

ATENÇÃO

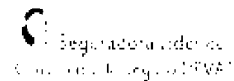
O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 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.

