

*ASL-0068159/20  
raianne.barbosa  
08/04/2020 10:00:09*

*ASL-0068159/20  
raianne.barbosa  
08/04/2020 10:00:09*



*ASL-0068159/20  
raianne.barbosa  
08/04/2020 10:00:09*

*ASL-0068159/20  
raianne.barbosa  
08/04/2020 10:00:09*

*ASL-0068159/20  
raianne.barbosa  
08/04/2020 10:00:09*

*ASL-0068159/20  
raianne.barbosa  
08/04/2020 10:00:09*

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

### IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: **Eduardo Rodrigues da Silva**  
 Data do Acidente: **18/11/19** (PF da vítima:  
 Portador da documentação:

Qualificação do Portador:  Vítima  Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é:

Endereço do portador:

Número: **Complemento:** **Bairro:**  
 Cidade: **UF:** **CEP:** **Telefone:** ( )  
 E-mail:

### MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

#### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- CPF da vítima (cópia simples e legível)
- Laudo do IML (cópia simples e legível)
- Declaração de Ausência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
- Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

### MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

#### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:

- Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
  - CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
  - Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor de 0 a 15 anos, (pai ou tutor)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

**VALORES DE INDENIZAÇÕES:** Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00  
 Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

- O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa
  - Com base na Legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, nesse formulário
  - Para acompanhar o pedido de indenização, acesse [www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br) ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios); Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pai ou tutor)

### PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data:	<b>19/02/10</b>
Identidade:	<b>Rodrigo</b>
Assinatura:	

### MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA	
Data:	<b>19/02/10</b>
Nome:	<b>Rodrigo</b>
Assinatura:	



# FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:  
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h  
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06  
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200 084595

Nome do beneficiário: Edipo Rodrigues dasilva

Data da solicitação: 06/04/2020  
DD/MM/AA

Nome do solicitante:

CPF do beneficiário: 116.235.534-36

CPF do solicitante:

## DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (

81)

997540911

Tel. Comercial: (

000)

Tel. Residencial: (

000)

E-mail:

## INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

## MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA

DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

## ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo de IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros:

(DESCREVER)

## NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Informo que foi estou de alta definitiva, não tenho nenhum tratamento para fazer e nem um novo documento.

06.04.2020

Local e Data

Edipo Rodrigues dasilva

Aassinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

## IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu rogo.

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

### IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: **Eduardo Rodrigues da Silva**  
 Data do Acidente: **18/11/19** (PF da vítima)

Portador da documentação:

Qualificação do Portador:  Vítima  Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é:

Endereço do portador:

Número: **Complemento:** **Bairro:**

Cidade: **UF:** **CEP:** **Telefone:** ( )

E-mail:

### MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

#### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- CPF da vítima (cópia simples e legível)
- Laudo do IML (cópia simples e legível)
- Declaração de Ausência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
- Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

### MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

#### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:

- Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
- Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível)  
 obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos, (pai ou tutor)
- Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

#### VALORES DE INDENIZAÇÕES:

Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00

Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

- O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa
- Com base na Legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, nesse formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios); Capitalins e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

### PORTEADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data: **19/02/19**

Identidade:

Assinatura:

### RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data: **19/02/19**

Nome: **Raianne Barbosa**

Assinatura:

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200084595      **Cidade:** Recife      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDIPO RODRIGUES DA SILVA      **Data do acidente:** 18/11/2019      **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TCE, fratura de radio distal direito

**Descrição do exame físico:** vítima consciente e orientado ao exame, sem deficit cognitivo, realiza contato verbal e visual com o entrevistador. Apresenta cicatriz cirúrgica no punho direito, realiza flexão a cerca de 30 graus, extensão a 20 graus, deficit de força grave, hipotrofia local.

**Resultados terapêuticos:** osteossíntese na fratura de punho, suporte clínico para o TCE, ainda em fisioterapia e acompanhamento médico ortopédico. Em tratamento

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Em tratamento

**Data do exame físico:** 10/03/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** Recomendamos nova avaliação médica em 60 dias.

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200142047      **Cidade:** Recife      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDIPO RODRIGUES DA SILVA      **Data do acidente:** 18/11/2019      **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 14/04/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.  
FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PUNHO:OSTEOSSÍNTESE), CONSERVADOR NAS DEMAIS LESÕES E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200142047      **Cidade:** Recife      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDIPO RODRIGUES DA SILVA      **Data do acidente:** 18/11/2019      **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 15/04/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.  
FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PUNHO:OSTEOSSÍNTESE), CONSERVADOR NAS DEMAIS LESÕES E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0068159/20

**Vítima:** EDIPO RODRIGUES DA SILVA

**CPF:** 116.211.534-36

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 18/11/2019

**Titular do CPF:** EDIPO RODRIGUES DA SILVA

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**EDIPO RODRIGUES DA SILVA : 116.211.534-36**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/02/2020  
Nome: EDIPO RODRIGUES DA SILVA  
CPF: 116.211.534-36

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/02/2020  
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA  
CPF: 102.869.074-61

---

EDIPO RODRIGUES DA SILVA

---

RAIANNE SILVA BARBOSA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0110734/20

**Vítima:** EDIPO RODRIGUES DA SILVA

**CPF:** 116.211.534-36

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 18/11/2019

**Titular do CPF:** EDIPO RODRIGUES DA SILVA

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**EDIPO RODRIGUES DA SILVA : 116.211.534-36**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/04/2020  
Nome: EDIPO RODRIGUES DA SILVA  
CPF: 116.211.534-36

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/04/2020  
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA  
CPF: 102.869.074-61

---

EDIPO RODRIGUES DA SILVA

---

RAIANNE SILVA BARBOSA

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:  
Edipo Rodrigues da Silva

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

5 - Nome completo:

Edipo Rodrigues da Silva

6 - CPF:

516.225.534-36

7 - Profissão:

recurso

8 - Endereço:

1º-fozerna Guaraciaba

9 - Número:

40

10 - Complemento:

11 - Bairro:

cohab

12 - Cidade:

Rio de Janeiro

13 - Estado:

PG

14 - CEP:

53.290-50

15 - E-mail:

(83) 997340111

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  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 3202

CONTA: 0516943

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  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  Sim  Não teve filhos?

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nasceu (nascer)?  Sim  Não

31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

34

Ingresso  
data da  
vítima  
beneficiário  
não alfabetizado

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)

40 - Local e Data

Recife 23 de abril de 2020.  
Edipo Rodrigues da Silva.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário/declarante

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

NÃO ALFABETIZADO TESTEMUNHAS

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3200084595**

Nome do(a) Examinado(a): **EDIPO RODRIGUES DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **Travessa Guaraciaba, 79 - Recife - PE - CEP 51290-501**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SDS /PE** ] **7702809**

Data e local do acidente: [ **18/11/2019** ] **Recife, PE**

Data e local do exame: [ **10/03/2020** ] **Recife** [ **PE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

*TCE, fratura de radio distal direito*

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

*vítima consciente e orientada ao exame, sem deficit cognitivo, realiza contato verbal e visual com o entrevistador. Apresenta cicatriz cirúrgica no punho direito, realiza flexão a cerca de 30 graus, extensão a 20 graus, deficit de força grave, hipotrofia local.*

**III.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ **X** ] Sim [    ] Não

**IV.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

*osteossíntese na fratura de punho, suporte clínico para o TCE, ainda em fisioterapia e acompanhamento médico ortopédico. Em tratamento*

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[    ] Sim [ **X** ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII.** Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

**a)** Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

(  ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em **60** dias

(  ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100% completo

**VIII.** \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Leonardo de Faria Neves - CRM: 17742 - PE

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

---

Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200142047**

**Vítima: EDIPO RODRIGUES DA SILVA**

**Data do Acidente: 18/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), EDIPO RODRIGUES DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 23 de Abril de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200142047**

**Vítima: EDIPO RODRIGUES DA SILVA**

**Data do Acidente: 18/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), EDIPO RODRIGUES DA SILVA**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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





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

Rio de Janeiro, 06 de Maio de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200142047**      **Vítima: EDIPO RODRIGUES DA SILVA**

**Data do Acidente: 18/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), EDIPO RODRIGUES DA SILVA**

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de

Valor a indemnizar: 12,50% x 15.500,00 =

Recebedor: EDIRO RODRIGUES

**Recebido: EDIPO RODRIGUES DA SIEVA**

R\$ 1.687,50

Recebedor: EDIPO R

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000003202-6

Conta: 00000516943-7

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco)

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

116.211.534-36 Edipo Rodrigues do Silveira

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

5 - Nome completo:

Edipo Rodrigues do Silveira

6 - CPF:

116.211.534-36

7 - Profissão:

xane

8 - Endereço:

TV Guanababa

9 - Número:

79

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Goiânia

12 - Cidade:

Rego

13 - Estado:

DF

14 - CEP:

551290-501

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(81) 99714011

## 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  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: (0047)

CONTA: 35276

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  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, informar Vivos:

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar Falecidos:

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(vai nascer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

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

34

Inscrição digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Rego 18 fevereiro 2020

Edipo Rodrigues do Silveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

15 - E-mail:

5 - CPF:

156.211.534-36

+9

9 - Número:

10 - Complemento:

13 - Estado:

RS

14 - GEP:

51.290-501

16 - Tel.(DDD):

(81) 9971-4011

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  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0047

CONTA: 35276

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

INVALIDEZ  
PERMANENTE

MORTE

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

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  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(vanásce)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34

Incapacidade digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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)

40 - Local e Data,

Recife 18 fevereiro 2020

Edipo Rodrigues do Silveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 010ª CIRCUNSCRIÇÃO - IBURA - DP10ªCIRC DIM/3ºDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0100002713**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/12/2019** às **14:19**

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 18/11/2019 às 19:30**

Fato ocorrido no endereço: **TRAVESSA GUARACIABA, 1, UR 04 - Bairro: COHAB - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CAMPO**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO ( AUTOR ) AGENTE  
ÉDIPÔ RODRIGUES DA SILVA ( VITIMA )**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO  
BICICLETA: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): ÉDIPÔ RODRIGUES DA SILVA**

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

**ÉDIPÔ RODRIGUES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino** Mãe: **MARIA APARECIDA DE MELO**  
Pai: **ÁLVARO RODRIGUES DA SILVA** Data de Nascimento: **31/12/1987** Naturalidade: **JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL**

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **IBIL PARA EXAME DE CORPO DELITO**  
Endereço Residencial: **RUA REMANSO, 23, UR 04 - CEP: 55000-000 - Bairro: COHAB - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, ESCADARIA**

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

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

**BICICLETA (BICICLETA) de propriedade do(a) Sr(a): ÉDIPÔ RODRIGUES DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): ÉDIPÔ RODRIGUES DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **AMARELA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

**VEICULO DO AUTOR (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL:NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KME3383 (PERNAMBUCO:NÃO INFORMADO)**

### Complemento / Observação

**A VITIMA INFORMA QUE TRANSITAVA PELA CITADA VIA E NUM CRUZAMENTO DEU DE CARA COM O VEICULO DA VITIMA QUE VINHA NA CONTRA MÃO E O ATROPELOU. O VEICULO BATEU NO CICLISTA E O DERRUBOU PRÓXIMO AO MEIO FIO. A VITIMA MANTEVE-SE ACORDADA, O AUTOR O SOCORREU PARA POLICLINICA DO IBURA E FOI EMBORA SEM DEIXAR QUALQUER DADO QUE O IDENTIFICASSE, POREM A PLACA DE SEU VEICULO FOI ANOTADA POR POPULARES QUE PRESENCIARAM O FATO. COM A COLISAO A VITIMA TEVE FRATURA NO PUNHO DIREITO, TENDO QUE COLOCAR PLATINA E PARAFUSO NO MEMBRO. A VITIMA DISSE PRECISOU FICAR UM TOTAL DE 12 DIAS INTERNADA POR CAUSA DOS FERIMENTOS. A BICICLETA DA VITIMA FICOU TOTALMENTE INUTILIZAVEL DEVIDO A COLISAO. DIANTE DA SITUAÇÃO, PEDE PROVIDENCIAS.**

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

**ÉDIPÔ RODRIGUES DA SILVA  
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **ALEXANDRE ALVES SIMÃO** - Matrícula: **350664-9**



ASL-0068159/20  
raianne.barbosa  
08/04/2020 09:47:56  
GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 010ª CIRCUNSCRIÇÃO - IBURA - DP10ªCIRC DIM/3ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0100002713

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 10/12/2019 às 14:19

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 18/11/2019 às 19:30**

Fato ocorrido no endereço: TRAVESSA GUARACIABA, 1, UR 04 - Bairro: COHAB -  
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: CAMPO  
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR ) AGENTE  
ÉDIPÔ RODRIGUES DA SILVA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO  
BICICLETA: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): ÉDIPÔ RODRIGUES DA SILVA

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

**ÉDIPÔ RODRIGUES DA SILVA** (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA APARECIDA DE MELO  
Pai: ÁLVARO RODRIGUES DA SILVA Data de Nascimento: 3/12/1987 Naturalidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES /  
PERNAMBUCO / BRASIL

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): IML PARA EXAME DE CORPO DELITO  
Endereço Residencial: RUA REMANSO, 23, UR 04 - CEP: 55000-000 - Bairro: COHAB -  
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, ESCADARIA

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

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

BICICLETA (BICICLETA) de propriedade do(a) Sr(a): **ÉDIPÔ RODRIGUES DA SILVA**, que estava em posse do(a)  
Sr(a): **ÉDIPÔ RODRIGUES DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não  
Cor: AMARELA - Quantidade: 01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

VEÍCULO DO AUTOR (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a):  
DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL:NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: Não  
Cor: **BRANCA** - Quantidade: 01 (**UNIDADE NÃO INFORMADA**)

Placa: KME3383 (PERNAMBUCO:NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE TRANSITAVA PELA CITADA VIA E NUM CRUZAMENTO DEU DE CARA COM O VEICULO DA VITIMA QUE VINHA NA CONTRA MÃO E O ATROPELOU. O VEICULO BATEU NO CICLISTA E O DERRUBOU PRÓXIMO AO MEIO FIO. A VITIMA MANTEVE-SE ACORDADA, O AUTOR O SOCORREU PARA POLICLINICA DO IBURA E FOI EMBORA SEM DEIXAR QUALQUER DADO QUE O IDENTIFICASSE, POREM A PLACA DE SEU VEICULO FOI ANOTADA POR POPULARES QUE PRESENCIARAM O FATO. COM A COLISAO A VITIMA TEVE FRATURA NO PUNHO DIREITO, TENDO QUE COLOCAR PLATINA E PARAFUSO NO MEMBRO. A VITIMA DISSE PRECISOU FICAR UM TOTAL DE 12 DIAS INTERNADA POR CAUSA DOS FERIMENTOS. A BICICLETA DA VITIMA FICOU TOTALMENTE INUTILIZAVEL DEVIDO A COLISAO. DIANTE DA SITUAÇÃO, PEDE PROVIDENCIAS.

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

**ÉDIPÔ RODRIGUES DA SILVA**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALEXANDRE ALVES SIMÃO** - Matrícula: 350664-9

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

116.211.534-36 Edipo Rodrigues do Silveira

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

5 - Nome completo:

Edipo Rodrigues do Silveira

6 - CPF:

116.211.534-36

7 - Profissão:

xane

8 - Endereço:

TV Guanababa

9 - Número:

79

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Goiânia

12 - Cidade:

Rego

13 - Estado:

DF

14 - CEP:

55.290-501

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(81) 9971-4011

## 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  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: (0047)

CONTA: 35276

AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir)

CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  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, informar Vivos:

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar Falecidos:

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(vai nascer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

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

34

Inclusão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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)

40 - Local e Data,

Rego 18 fevereiro 2020  
Edipo Rodrigues do Silveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP NR 445/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo:

*Edipo Rodrigues do silva*

6 - CPF:

*156.211.534.36*

7 - Profissão:

*xerife*

8 - Endereço:

*TV Guaporé Cachoeira*

9 - Número:

*79*

10 - Complemento:

11 - Bairro:

*Cachoeira*

12 - Cidade:

*Recreio*

13 - Estado:

*RJ*

14 - CEP:

*251290-501*

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

*(81) 99714011*

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:

RECLUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

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

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: *0047*

CONTA: *35246*

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Inserir o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

INVALIDEZ  
PERMANENTE

MORTE

NAO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  Não teve filhos?

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou  Sim  Não nascituro (vai nascer)?

31 - Vítima  Sim  Não teve irmãos?

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?

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

34

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

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

Assinatura da testemunha

*Rock 18 fevereiro 2020*

*Edipo Rodrigues do silva*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: EDIPO RODRIGUES DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03202-6

CONTA: 000000516943-7

---

Nr. Autenticação

BRADESCO30042020050000000002370320200000516943168750 PAGO



CELPE

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

## NOTA FISCAL • FATURA • CORTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energetica de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-05 | Inscrição Estadual: 0000943-03 | www.celpe.com.br

## DADOS DO CLIENTE

LINELVA MARIA DUS SANTOS  
PXA POLICLINICA DO IBURA  
CPF: 013 842 894-94

## ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

TV CHIARA TABA 79

CLASSIFICAÇÃO  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

COHABEX/CIEE  
REC.: PE PE  
51290-511

Nº DA NOTA FISCAL	DATA	MESMO
084925/51	UNICA	14/11/2019

CÓDIGO DE CONSUMO	DATA
4008313550	11/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
22/11/2019	17/12/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	18,50

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

CONSUMO ANTERIOR (W)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Anterior (W)	30.000,0000	0,0762,9670	17,37
Acréscimo Bandeira AZUL			0,25
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,61
Multa por atraso- INF 077473399- 14/09/19			0,21
Juros por atraso- INF 077473399- 14/09/19			0,06

## TOTAL DA FATURA

18,50

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	DATA	LEITURA	ATUAL	DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
088313550	1-AF	15-10-2019		7.250,00	14-11-2019		7.280,00	31	3.000,00		22,00

## DETALHAMENTO DE DESCONTOS

Maior desconto:

R\$ 0,10	30	
R\$ 0,10	30	
SEI 10	30	
AUG 10	30	
dez 10	30	
ANR 10	30	
ABR 10	30	
MAR 10	30	

## DETALHAMENTO DE IMPOSTOS

ICMS	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
PIS	16,20	0,02	0,32
COFINS	16,20	4,26	0,77

Faturado pelo sistema na base - Custo de Exportação, Artigo 28, Resolução ANEEL 414/2010.

## DETALHAMENTO DE DESCONTOS

Consumo anterior:

Data de faturamento:

Data de abatimento:

ASL-0068159/20  
raianne.barbosa  
08/04/2020 10:03:51



CELPE

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50060-902  
CNPJ 18.803.572/0001-04 | Inscrição Estadual 5001943-93 | [www.cepe.com.br](http://www.cepe.com.br)

DADOS DO USUÁRIO

LINDALVA MARIA DOS SANTOS  
EX-APOLICLINICA DA IBURÁ  
CPF 015 641 604-94

CLASSIFICAÇÃO  
B1 RESIDENCIAL

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

COMBINED  
RE: SHEP  
51290-5H

STATION ID	NAME	DATE
084095/S3	UNICA	14/11/2019
14711/2019	200/732627	298056

**DATA CERTIFICAÇÃO**  
4008313550      **DATA EXP.**  
**DATA DE VENCIMENTO**  
22/11/2019      17/12/2019  
**TOTAL A PAGAR:** 18,50

#### **DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

Consumo Alvo(j/dia)  
Adesão Bandeira AZARELA  
Adesão Bandeira VERMELHA  
Multa por atraso(MF) 077473260 - 1400000  
Juros por atraso(MF) 1772372300 - 1400000

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30.000,00	0,00,780	17,37
		0,25
		0,61
		0,21
		0,06

18-57

www.english-test.net

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO PESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
8060356	1-AT	15-08-2019	35800	14-11-2019	73800	91	3,14502		22,00

PERÍODO DE REFERÊNCIA		PERÍODO DE REFERÊNCIA			
MES/ANO	VALOR	BASE DE CALCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	
JUN-19	30				
JUL-19	30				
SET-19	30				
AUG-19	30				
dez-19	30				
JAN-19	30				
JUN-19	30				
JUL-19	30				
AGO-19	30				
NOV-19	30				
DEZ-19	30				
JAN-20	30				
JUN-20	30				
JUL-20	30				
AGO-20	30				
NOV-20	30				
DEZ-20	30				
JAN-21	30				
JUN-21	30				
JUL-21	30				
AGO-21	30				
NOV-21	30				
DEZ-21	30				
JAN-22	30				
JUN-22	30				
JUL-22	30				
AGO-22	30				
NOV-22	30				
DEZ-22	30				
JAN-23	30				
JUN-23	30				
JUL-23	30				
AGO-23	30				
NOV-23	30				
DEZ-23	30				
JAN-24	30				
JUN-24	30				
JUL-24	30				
AGO-24	30				
NOV-24	30				
DEZ-24	30				
JAN-25	30				
JUN-25	30				
JUL-25	30				
AGO-25	30				
NOV-25	30				
DEZ-25	30				
JAN-26	30				
JUN-26	30				
JUL-26	30				
AGO-26	30				
NOV-26	30				
DEZ-26	30				
JAN-27	30				
JUN-27	30				
JUL-27	30				
AGO-27	30				
NOV-27	30				
DEZ-27	30				
JAN-28	30				
JUN-28	30				
JUL-28	30				
AGO-28	30				
NOV-28	30				
DEZ-28	30				
JAN-29	30				
JUN-29	30				
JUL-29	30				
AGO-29	30				
NOV-29	30				
DEZ-29	30				
JAN-30	30				
JUN-30	30				
JUL-30	30				
AGO-30	30				
NOV-30	30				
DEZ-30	30				
JAN-31	30				
JUN-31	30				
JUL-31	30				
AGO-31	30				
NOV-31	30				
DEZ-31	30				
JAN-32	30				
JUN-32	30				
JUL-32	30				
AGO-32	30				
NOV-32	30				
DEZ-32	30				
JAN-33	30				
JUN-33	30				
JUL-33	30				
AGO-33	30				
NOV-33	30				
DEZ-33	30				
JAN-34	30				
JUN-34	30				
JUL-34	30				
AGO-34	30				
NOV-34	30				
DEZ-34	30				
JAN-35	30				
JUN-35	30				
JUL-35	30				
AGO-35	30				
NOV-35	30				
DEZ-35	30				
JAN-36	30				
JUN-36	30				
JUL-36	30				
AGO-36	30				
NOV-36	30				
DEZ-36	30				
JAN-37	30				
JUN-37	30				
JUL-37	30				
AGO-37	30				
NOV-37	30				
DEZ-37	30				
JAN-38	30				
JUN-38	30				
JUL-38	30				
AGO-38	30				
NOV-38	30				
DEZ-38	30				
JAN-39	30				
JUN-39	30				
JUL-39	30				
AGO-39	30				
NOV-39	30				
DEZ-39	30				
JAN-40	30				
JUN-40	30				
JUL-40	30				
AGO-40	30				
NOV-40	30				
DEZ-40	30				
JAN-41	30				
JUN-41	30				
JUL-41	30				
AGO-41	30				
NOV-41	30				
DEZ-41	30				
JAN-42	30				
JUN-42	30				
JUL-42	30				
AGO-42	30				
NOV-42	30				
DEZ-42	30				
JAN-43	30				
JUN-43	30				
JUL-43	30				
AGO-43	30				
NOV-43	30				
DEZ-43	30				
JAN-44	30				
JUN-44	30				
JUL-44	30				
AGO-44	30				
NOV-44	30				
DEZ-44	30				
JAN-45	30				
JUN-45	30				
JUL-45	30				
AGO-45	30				
NOV-45	30				
DEZ-45	30				
JAN-46	30				
JUN-46	30				
JUL-46	30				
AGO-46	30				
NOV-46	30				
DEZ-46	30				
JAN-47	30				
JUN-47	30				
JUL-47	30				
AGO-47	30				
NOV-47	30				
DEZ-47	30				
JAN-48	30				
JUN-48	30				
JUL-48	30				
AGO-48	30				
NOV-48	30				
DEZ-48	30				
JAN-49	30				
JUN-49	30				
JUL-49	30				
AGO-49	30				
NOV-49	30				
DEZ-49	30				
JAN-50	30				
JUN-50	30				
JUL-50	30				
AGO-50	30				
NOV-50	30				
DEZ-50	30				
JAN-51	30				
JUN-51	30				
JUL-51	30				
AGO-51	30				
NOV-51	30				
DEZ-51	30				
JAN-52	30				
JUN-52	30				
JUL-52	30				
AGO-52	30				
NOV-52	30				
DEZ-52	30				
JAN-53	30				
JUN-53	30				
JUL-53	30				
AGO-53	30				
NOV-53	30				
DEZ-53	30				
JAN-54	30				
JUN-54	30				
JUL-54	30				
AGO-54	30				
NOV-54	30				
DEZ-54	30				
JAN-55	30				
JUN-55	30				
JUL-55	30				
AGO-55	30				
NOV-55	30				
DEZ-55	30				
JAN-56	30				
JUN-56	30				
JUL-56	30				
AGO-56	30				
NOV-56	30				
DEZ-56	30				
JAN-57	30				
JUN-57	30				
JUL-57	30				
AGO-57	30				
NOV-57	30				
DEZ-57	30				
JAN-58	30				
JUN-58	30				
JUL-58	30				
AGO-58	30				
NOV-58	30				
DEZ-58	30				
JAN-59	30				
JUN-59	30				
JUL-59	30				
AGO-59	30				
NOV-59	30				
DEZ-59	30				
JAN-60	30				
JUN-60	30				
JUL-60	30				
AGO-60	30				
NOV-60	30				
DEZ-60	30				
JAN-61	30				
JUN-61	30				
JUL-61	30				
AGO-61	30				
NOV-61	30				
DEZ-61	30				
JAN-62	30				
JUN-62	30				
JUL-62	30				
AGO-62	30				
NOV-62	30				
DEZ-62	30				
JAN-63	30				
JUN-63	30				
JUL-63	30				
AGO-63	30				
NOV-63	30				
DEZ-63	30				
JAN-64	30				
JUN-64	30				
JUL-64	30				
AGO-64	30				
NOV-64	30				
DEZ-64	30				
JAN-65	30				
JUN-65	30				
JUL-65	30				
AGO-65	30				
NOV-65	30				
DEZ-65	30				
JAN-66	30				
JUN-66	30				
JUL-66	30				
AGO-66	30				
NOV-66	30				
DEZ-66	30				
JAN-67	30				
JUN-67	30				
JUL-67	30				
AGO-67	30				
NOV-67	30				
DEZ-67	30				
JAN-68	30				
JUN-68	30				
JUL-68	30				
AGO-68	30				
NOV-68	30				
DEZ-68	30				
JAN-69	30				
JUN-69	30				
JUL-69	30				
AGO-69	30				
NOV-69	30				
DEZ-69	30				
JAN-70	30				
JUN-70	30				
JUL-70	30				
AGO-70	30				
NOV-70	30				
DEZ-70	30				
JAN-71	30				
JUN-71	30				
JUL-71	30				
AGO-71	30				
NOV-71	30				
DEZ-71	30				
JAN-72	30				
JUN-72	30				
JUL-72	30				
AGO-72	30				
NOV-72	30				
DEZ-72	30		</		

Fotocopia per i servizi della Pubblica Sicurezza



Secretaria de Saúde do Recife

UK Orinico

## FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA



Registro N°

111.096

Hora:

19:07

Recepção

6029

Unidade de Saúde:

Distrito Sanitário:

Data:

18 NOV 2019.

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Nome: Edipo RODRIGUES DA SILVA	
Data de Nascimento 34 ANOS	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> I - Ignorado
Estado Civil: C	Escolaridade: UR. 04
Endereço: REMANSO	Número: 25
Bairro: Acompanhante:	Município: Recife
Procedência:	Meio de Transporte: f. 98475-7902
HDA: Paciente vítima de colisão bicicleta / carro há aproximadamente 01 hora. Negou cair em bicicleta.	
Vacinas atualizadas Sim ( ) Não ( ) Não trouxe cartão ( )	

## PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE OU AGRESSÃO

## ACIDENTE DE TRÂNSITO

Veículo: Automóvel ( ) Ônibus ( ) Moto ( ) Outro ( ) Qual?	Ignorado ( )
Fator de proteção: Cinto / Capacete Sim ( ) Não ( )	Ignorado ( )
Modo: Atropelamento ( ) Colisão ( ) Capotagem ( ) Outro ( ) Qual?	Ignorado ( )
Indo / Voltando do trabalho: Sim ( ) Não ( )	Ignorado ( )

## ACIDENTE DE TRABALHO

Origem: Const. Civil ( ) Indústria ( ) Agricultura ( ) Comércio ( ) Outro ( ) Qual?	Ignorado ( )
Local de Trabalho: Órgão: Endereço:	

## OUTRO TIPO DE ACIDENTE

Intoxicação Acidental ( ) Queda Acidental ( ) Afogamento ( ) Queimaduras ( ) Choque Elétrico ( )	Ignorado ( )
Outro ( ) Qual?	Ignorado ( )

## AGRESSÃO

Por: Arma de Fogo ( ) Arma Branca ( ) Espancamento ( ) Outro ( ) Qual?	Ignorado ( )
Modo: Assalto ( ) Briga ( ) Ação Policial ( ) Agressão Sexual ( ) Outro ( ) Qual?	Ignorado ( )

## AUTO AGRESSÃO ( ) / SUICÍDIO ( )

Por: Arma de Fogo ( ) Enforcamento ( ) Drogas ( ) Queda do Nível ( ) Outro ( ) Qual?	Ignorado ( )
--	--------------

## LOCAL DA OCORRÊNCIA

Via Pública ( ) Domicílio ( ) Ambiente de Trabalho ( ) Escola ( ) Outro ( ) Qual?	Ignorado ( )
---	--------------

## Observações:

## Exame Físico:

A: Geral Peso: Ø Estatura: Ø Temp: Ø °C

Consciente, orientado, corrente, acústico, sem edema em qualquer direção.

## B: Respiratório

MV+ em ART, S/RA.

C: Cardiovascular	Pulso	bpm	PA: 0 mmhg
RGR um 2T, ZNF s/sopro.			Friso / urso / col de ovo. pneu 0
D: Exame Neurológico: ECG 15.			+ Escotoma perif.
E: Abdomen Sem alterações.			$\Rightarrow$ FC 80 círculo. coração s/ fibril. S1 der. S1 der. S1 der.
Diagnóstico Inicial: ① Politrauma.			Toracoscópio L6 10pt pneum.
Exames Solicitados:			col / hidrocefalo
Tratamento / Procedimentos: Ramo paciente politrauma tizado, encaminho a urgência com radiografia e separar. ① Dipiridam 500mg/ml, 01amp, EV, agora. <u>Rayanne</u> + RDP Dext. <u>Rayanne Ingrid Medeiros de Abreu</u> Médica CRM-28132			
19h20 paciente c/ fratura fechada em músculo direito 19:40			
Col: ① profundi ofauxitor ② mobilizar músculo direito			
22h - consi- orientado. Nega vômito, nega cefaleia Dor em ponto d.			
Data: 1/1 PA - 130 x 70	19:50	Assinatura Conselho N°	
PC 70 21.00 sarda 97	560, 500f } 01 570, 500f } 02		

Diagnóstico Definitivo:

Epa Marcondes  
CRM-28132

( ) Alta / Melhorado ignora ( ) Internamento

Transferido para: Transf. p/ HKV.

Smb. em outro

Médico: Lemigas CRM:

Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Termo de Responsabilidade para Internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se for necessários.

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Nome Completo Legível

Nº da Identidade: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

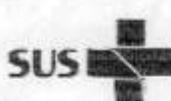
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Nome:** EDIPO RODRIGUES DA SILVA  
Dt. Nasc.: 03/12/87 - 31 ano (s)  
Mãe: MARIA APARECIDA DE MELO  
Endereço: R REMANSO, nº 23, COHAB. RECIFE - PE  
Data/hora: 19/11/2019 - 12:04

**Nº registro:** 257348  
Sexo: Masculino  
Fone: 81984757902  
**Nº pág.:** 1/1

**RESUMO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**  
19/11/2019 - MONIKE MUNIZ

**SENHA: N141**

**Classificação de Risco: URGÊNCIA - AMARELO**  
**Especialidade: CLÍNICA MÉDICA**  
**Encaminhado Para: CONSULTÓRIO - CLÍNICA MÉDICA**

**ANAMNESE ENFERMAGEM**

**ALERGIA: NEGA**

**QUEIXA PRINCIPAL:**

Cefaléia - Dor MMSS - Nauseas - TCE - Queda

RELATO DE DOR NA CABEÇA, NAUSEAS E DOR NO PUNHO DIR APÓS QUEDA ONTEM A NOITE

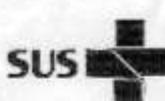
**EXAME FÍSICO:**

PA: 114 x 78 mmHg | Temperatura:  
HGT: | Sat O2: | FC: 75 Bpm | Peso: | Altura:

**OBSERVAÇÕES:**

**Dr.<sup>a</sup> MONIKE MUNIZ DE SIQUEIRA**  
COREN : 340678

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.  
Nome do profissional: MONIKE MUNIZ DE SIQUEIRA. Data e Hora: 19/11/2019 14:18:23.



**Nome:** EDIPO RODRIGUES DA SILVA  
Dt. Nasc.: 03/12/87 - 31 ano (s)  
Mãe: MARIA APARECIDA DE MELO  
Endereço: R REMANSO, nº 23, COHAB. RECIFE - PE  
Data/hora: 19/11/2019 - 12:07

**Nº registro:** 257348  
Sexo: Masculino  
Fone: 81984757902  
**Nº pág.:** 1/1

## CONSULTA MÉDICA

### Anamnese Médica / Evolução Clínica:

PACIENTE REFERE DOR CEFALÉIA EM REGIÃO OCCIPITAL E DOR EM PUNHO DIREITO HÁ 1 DIA, APÓS VÍTIMA DE CÓLISÃO BICICLETA X CARRO HÁ 1 DIA. REFERE 1 EPSÓDIO DE SICOME. NEGA VOMITOS E DEMAIS SINTOMAS. NEGA ALERGIA E ETILISMO

### Exame Físico:

EGRGE, COTE, EUPENICO, ACIANOTICO, AFEBRIL  
SN: ECG15, SEM DEFICIT FOCAL.  
ACV: RCR EM 2T FC: 80  
AR: MV+ AHT/ RA SATO2 98% A.A  
PRESENÇA DE ESCORIAÇÃO EM FACE

### Resultados de Exames:

### Conduta:

SOLICITO AV DA NEURO  
RX DE MSE + AV DA ORTOP

### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

TCE

**Óbito:** Não

**Dr. FRANCISCO INARIO NOVAIS ARAUJO**  
CRM: 14142

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.  
Nome do profissional: FRANCISCO INARIO NOVAIS ARAUJO. CRM: 14142. Data e Hora: 20/11/2019 00:05:41.



**UPA 24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
IBURA



**Nome:** EDIPO RODRIGUES DA SILVA  
**Dt. Nasc.:** 03/12/87 - 31 ano (s)  
**Mãe:** MARIA APARECIDA DE MELO  
**Endereço:** R REMANSO, nº 23, COHAB. RECIFE - PE  
**Data/hora:** 19/11/2019 - 12:30

**Nº registro:** 257348  
**Sexo:** Masculino  
**Fone:** 81984757902  
**Nº pág.:** 1/1

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

### HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE REFERE DOR CEFALÉIA EM REGIÃO OCCIPITAL E DOR EM PUNHO DIREITO HÁ 1 DIA, APÓS VÍTIMA DE CÓLISÃO BICICLETA CARRO HÁ 1 DIA. REFERE 1 EPSÓDIO DE SICOME. NEGA VOMITOS E DEMAIS SINTOMAS.  
NEGA ALERGIA E ETILISMO  
HD: TCE

### EXAME FÍSICO:

PA: 114 x 78 mmHg | Temperatura: °  
HGT: mg/dL | Sat O2: 98% | FC: Bpm | Peso: | Altura:

EGRGE, COTE, EUPENICO, ACIANOTICO, AFEBRIL  
SN: ECG15, SEM DEFICIT FOCAL.  
ACV: RCR EM 2T FC: 80  
AR: MV+ AHT/ RA SATO2 98% A.A  
PRESENÇA DE ESCORIAÇÃO EM FACE

### CONDUTA:

SOLICITO AV DA NEURO

### EXAMES COMPLEMENTARES/RESULTADOS:

### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

### DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: Hospital da Restauração  
Motivo: Investigação complementar  
Senha: 5819342

### ESPECIALIDADE: NCR

Transporte: Ambulância Unidade

Transferência Cancelada? NÃO

**Dr.ª NATHALIA ROBERTA ALVES DE SOUZA NEVES  
CRM:27515**

LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO  
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)

PACIENTE: EDIPO RODRIGUES DA SILVA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PÉRIODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

DATA DE INTERNAMENTO: 23/11/2019

DATA DA CIRÚRGIA: 27/11/2019

DATA DE ALTA: 28/11/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 11/12/2019 HORÁRIO: 07:00

MEDICO ASSISTENTE: DR. CARLOS ANTONIO ROCHA CANDIDO FILHO

Dra. Maria Aparecida Lira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRMPE 16906  
*medsp*

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 28 DE NOVEMBRO DE 2019

---

MEDICO: MARIA APARECIDA LAURIANO DE LIRA

# FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

*V1) Orinco*

Registro N°

*111.096**19:07*

Recepção

*6029*

Unidade de Saúde:

Distrito Sanitário:

Data:

*18 NOV 2019*

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Nome:	<i>Eduardo RODRIGUES DA SILVA</i>		
Data de Nascimento	Sexo:	Raça/Cor:	
<i>, 34 ANOS</i>	( <input checked="" type="checkbox"/> M - Masc. ( <input type="checkbox"/> F - Fem. ( <input type="checkbox"/> I - Ignorado))	<input type="checkbox"/> 1-Branca	<input type="checkbox"/> 2-Preta
Estado Civil:	Escolaridade:	Profissão:	<input checked="" type="checkbox"/> 3-Parda
Nome da Mãe:			<input type="checkbox"/> 4-Amarela
Endereço:	Número:	Complemento:	<input type="checkbox"/> 5-Indígena
<i>R. Remanso</i>	<i>23</i>	<i>Rua</i>	CEP: <i>52020-090</i>
Bairro:	UF:	Município:	<i>PE</i>
Acompanhante:			
Procedência:	Meio de Transporte: <i>f. 98475-7902</i>		
HDA: Paciente vítima de colisão bicicleta / Camo terá aproximadamente 01 hora. Negativo em bichos.			

Vacinas atualizadas Sim () Não () Não trouxe cartão ()

#### PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE OU AGRESSÃO

##### ACIDENTE DE TRÂNSITO

Veículo:	Automóvel ( <input type="checkbox"/> )	Ônibus ( <input type="checkbox"/> )	Moto ( <input type="checkbox"/> )	Outro ( <input type="checkbox"/> )	Qual? <input type="checkbox"/>	Ignorado ( <input type="checkbox"/> )
Fator de proteção:	Cinto / Capacete			Sim ( <input type="checkbox"/> )	Não ( <input type="checkbox"/> )	Ignorado ( <input type="checkbox"/> )
Modo:	Atropelamento ( <input type="checkbox"/> )	Colisão ( <input type="checkbox"/> )	Capotagem ( <input type="checkbox"/> )	Outro ( <input type="checkbox"/> )	Qual? <input type="checkbox"/>	Ignorado ( <input type="checkbox"/> )
Indo / Voltando do trabalho:	Sim ( <input type="checkbox"/> )			Não ( <input type="checkbox"/> )		Ignorado ( <input type="checkbox"/> )

##### ACIDENTE DE TRABALHO

Origem:	Const. Civil ( <input type="checkbox"/> )	Indústria ( <input type="checkbox"/> )	Agricultura ( <input type="checkbox"/> )	Comércio ( <input type="checkbox"/> )	Outro ( <input type="checkbox"/> )	Qual? <input type="checkbox"/>	Ignorado ( <input type="checkbox"/> )
Local de Trabalho:	Órgão:			Endereço:			

##### OUTRO TIPO DE ACIDENTE

Intoxicação Acidental ( <input type="checkbox"/> )	Queda Acidental ( <input type="checkbox"/> )	Afogamento ( <input type="checkbox"/> )	Queimaduras ( <input type="checkbox"/> )	Choque Elétrico ( <input type="checkbox"/> )	Ignorado ( <input type="checkbox"/> )
Outro ( <input type="checkbox"/> )	Qual? <input type="checkbox"/>				

##### AGRESSÃO

Por:	Arma de Fogo ( <input type="checkbox"/> )	Arma Branca ( <input type="checkbox"/> )	Espancamento ( <input type="checkbox"/> )	Outro ( <input type="checkbox"/> )	Qual? <input type="checkbox"/>	Ignorado ( <input type="checkbox"/> )	
Modo:	Assalto ( <input type="checkbox"/> )	Briga ( <input type="checkbox"/> )	Ação Policial ( <input type="checkbox"/> )	Agressão Sexual ( <input type="checkbox"/> )	Outro ( <input type="checkbox"/> )	Qual? <input type="checkbox"/>	Ignorado ( <input type="checkbox"/> )

##### AUTO AGRESSÃO () / SUICÍDIO ()

Por:	Arma de Fogo ( <input type="checkbox"/> )	Enforcamento ( <input type="checkbox"/> )	Drogas ( <input type="checkbox"/> )	Queda do Nível ( <input type="checkbox"/> )	Outro ( <input type="checkbox"/> )	Qual? <input type="checkbox"/>	Ignorado ( <input type="checkbox"/> )
------	---	---	-------------------------------------	---	------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------

##### LOCAL DA OCORRÊNCIA

Via Pública ( <input type="checkbox"/> )	Domicílio ( <input type="checkbox"/> )	Ambiente de Trabalho ( <input type="checkbox"/> )	Escola ( <input type="checkbox"/> )	Outro ( <input type="checkbox"/> )	Qual? <input type="checkbox"/>	Ignorado ( <input type="checkbox"/> )
--	--	---	-------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------

Observações:

Exame Físico:

A: Geral	Peso: <i>Ø</i>	Estatura: <i>Ø</i>	Temp: <i>Ø</i>	°C
----------	----------------	--------------------	----------------	----

*Consciente, orientado, corde, acústico, sem edema em qualquer direção.*

B: Respiratório

*MV+ em ART, S/RA.*

C: Cardiovascular	P脉搏	bpm	PA: 血压	mmhg
RGR um ST, ZNF s/sopro.			Frisco / brilho / edema	
D: Exame Neurológico: EEG 15.7			+ Escotoma pal-	
E: Abdomen Sem alterações.			⇒ FC 80 círculos coração s/ fibras S1 der. S1 der. ou	
Diagnóstico Inicial: ① Politrauma.			Tremor FC 100% pulmonar	
Exames Solicitados:			ed. hidrocefálio	

Tratamento / Procedimentos:

Resumo paciente politrauma tizado, encaminho a urgência com radiografia de tórax.

Separação:

① Diprofene 500mg/ml, 01amp, EV, aguda. ~ Rayanne

~~1000ml de Lactato~~

Rayanne Ingrid Medeiros de Abreu  
Médica  
CRM-28132

Alívio da dor c/ fralda fechada em níveis diretos 19:40

22h - const. orientada. Col: P mafemid ofaux-100  
neg. vômito, neg. cefaleia  
neg. dor em punhos.

Data: 1/1 PA - 130 x 70

Assinatura Conselho Nº

FC 70 21.00  
sonda g7

66% SO2f }  
87% SO2f }

Diagnóstico Definitivo:

Ela Marcondes

CRM-28132

( ) Alta / Melhorado  Internamento

Transferido para: Transf. p/ HKV.

Simb. em outro

Médico:

Ramires

CRM:

Data:

Hora:

HGV osteomídia

Termo de Responsabilidade para Internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se for necessário.

spécie de transferência

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nome Completo Legível

Assinatura:

Nº da Identidade:

Assinatura:

Paciente evoluiu-se  
ao serviço mesmo apesar  
de aplicado sob as regras



**Nome:** EDIPO RODRIGUES DA SILVA  
Dt. Nasc.: 03/12/87 - 31 ano (s)  
Mãe: MARIA APARECIDA DE MELO  
Endereço: R REMANSO, nº 23, COHAB. RECIFE - PE  
Data/hora: 19/11/2019 - 12:04

Nº registro: 257348  
Sexo: Masculino  
Fone: 81984757902  
Nº pág.: 1/1

**RESUMO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**  
19/11/2019 - MONIKE MUNIZ

**SENHA: N141**

**Classificação de Risco: URGÊNCIA - AMARELO**  
**Especialidade: CLÍNICA MÉDICA**  
**Encaminhado Para: CONSULTÓRIO - CLÍNICA MÉDICA**

**ANAMNESE ENFERMAGEM**

**ALERGIA: NEGA**

**QUEIXA PRINCIPAL:**

Cefaléia - Dor MMSS - Nauseas - TCE - Queda

RELATO DE DOR NA CABEÇA, NAUSEAS E DOR NO PUNHO DIR APÓS QUEDA ONTEM A NOITE

**EXAME FÍSICO:**

PA: 114 x 78 mmHg | Temperatura:  
HGT: | Sat O2: | FC: 75 Bpm | Peso: | Altura:

**OBSERVAÇÕES:**

Dr.<sup>a</sup> MONIKE MUNIZ DE SIQUEIRA  
COREN : 340678

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.  
Nome do profissional: MONIKE MUNIZ DE SIQUEIRA. Data e Hora: 19/11/2019 14:18:23.



Nome: **EDIPO RODRIGUES DA SILVA**  
Dt. Nasc.: 03/12/87 - 31 ano (s)  
Mãe: MARIA APARECIDA DE MELO  
Endereço: R REMANSO, nº 23, COHAB. RECIFE - PE  
Data/hora: 19/11/2019 - 12:07

Nº registro: **257348**  
Sexo: Masculino  
Fone: 81984757902  
Nº pág.: 1/1

## CONSULTA MÉDICA

### Anamnese Médica / Evolução Clínica:

PACIENTE REFERE DOR CEFALÉIA EM REGIÃO OCCIPITAL E DOR EM PUNHO DIREITO HÁ 1 DIA, APÓS VÍTIMA DE CÓLISÃO BICICLETA X CARRO HÁ 1 DIA. REFERE 1 EPSÓDIO DE SICOME, NEGA VOMITOS E DEMAIS SINTOMAS. NEGA ALERGIA E ETILISMO

### Exame Físico:

EGRGE, COTE, EUPENICO, ACIANOTICO, AFEBRIL  
SN: ECG15, SEM DEFICIT FOCAL.  
ACV: RCR EM 2T FC: 80  
AR: MV+ AHT/ RA SATO2 98% A.A  
PRESENÇA DE ESCORIAÇÃO EM FACE

### Resultados de Exames:

### Conduta:

SOLICITO AV DA NEURO  
RX DE MSE + AV DA ORTOP

### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

TCE

Óbito: Não

Dr. FRANCISCO INARIO NOVAIS ARAUJO  
CRM: 14142

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.  
Nome do profissional: FRANCISCO INARIO NOVAIS ARAUJO. CRM: 14142. Data e Hora: 20/11/2019 00:05:41.

**Nome:** EDIPO RODRIGUES DA SILVA  
**Dt. Nasc.:** 03/12/87 - 31 ano (s)  
**Mãe:** MARIA APARECIDA DE MELO  
**Endereço:** R REMANSO, nº 23, COHAB. RECIFE - PE  
**Data/hora:** 19/11/2019 - 12:30

**Nº registro:** 257348  
**Sexo:** Masculino  
**Fone:** 81984757902  
**Nº pág.:** 1/1

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

### HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE REFERE DOR CEFALÉIA EM REGIÃO OCCIPITAL E DOR EM PUNHO DIREITO HÁ 1 DIA, APÓS VÍTIMA DE CÓLISÃO BICICLETA X CARRO HÁ 1 DIA. REFERE 1 EPSÓDIO DE SICOME. NEGA VOMITOS E DEMAIS SINTOMAS.

NEGA ALERGIA E ETILISMO

HD: TCE

### EXAME FÍSICO:

PA: 114 x 78 mmHg | Temperatura: °  
HGT: mg/dL | Sat O2: 98% | FC: Bpm | Peso: | Altura:

EGRGE, COTE, EUPENICO, ACIANOTICO, AFEBRIL  
SN: ECG15, SEM DEFICIT FOCAL.

ACV: RCR EM 2T FC: 80

AR: MV+ AHT/ RA SATO2 98% A.A

PRESENÇA DE ESCORIAÇÃO EM FACE

### CONDUTA:

SOLICITO AV DA NEURO

### EXAMES COMPLEMENTARES/RESULTADOS:

### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

### DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: Hospital da Restauração

Motivo: Investigação complementar

Senha: 5819342

### ESPECIALIDADE: NCR

Transporte: Ambulância Unidade

Transferência Cancelada? NÃO

**Dr.<sup>a</sup> NATHALIA ROBERTA ALVES DE SOUZA NEVES**  
**CRM:27515**

LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO  
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)

PACIENTE: EDIPO RODRIGUES DA SILVA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PÉRIODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

DATA DE INTERNAMENTO: 23/11/2019

DATA DA CIRURGIA: 27/11/2019

DATA DE ALTA: 28/11/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 11/12/2019 HORÁRIO: 07:00

MEDICO ASSISTENTE: DR. CARLOS ANTONIO ROCHA CANDIDO FILHO

Dra. Maria Aparecida Lira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRMPE 16806  
*melp*

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 28 DE NOVEMBRO DE 2019

MEDICO: MARIA APARECIDA LAURIANO DE LIRA

  
albert sabin  
CHAS-AVAL.001.VI

CENTRO HOSPITALAR ALBERT SABIN  
REGISTRO DE INTERNAMENTO DO PACIENTE

NOME: CHRISTIANO DUARTE PEREIRA

NOME SOCIAL:

REGISTRO: 8532589

ENDEREÇO: RUA PRESIDENTE VENCESLAU, 661

CIDADE : RECIFE

ESTADO: PE

BAIRRO : IBURA

TELEFONE: 81986531735

IDENTIDADE: 3953686

PROFISSÃO: MOTOQUEIRO

EST. CIVIL: Casado

NASCIMENTO: 01/05/1975, 44 anos

PRONTUÁRIO: 001123419

CEP : 51240200

CPF : 85679160463

SEXO : Masculino

LEITO : L051

GUIA: 00000202000063421

SENHA : 202000063421

ALA: CLINICA MEDICA

CONVÉNIO: AMIL/BASIC AMIL

MATRÍCULA: 520776011

V/DADE: 12/02/2020

DICO: 20862- DIMAS CAIAFFO

PREVIS. ALTA: 12/02/2020

MISSÃO: 11/02/2020, 14:42 h

AVALIAÇÃO MÉDICA

Histórico da Doença Atual

*Plana colisão motorizada com barreira. Foi realizada greve de sangue e fratura de clavícula esquerda.*

Antecedentes Pessoais e Familiares

HAS(+)

1 - Exame físico geral

*Ex. B. irregular, cansado, afetado e alertado.*

2 - Aparelho circulatório

-

3 - Aparelho respiratório

-

4 - Abdomen

*Celuloso, difusivo e pulsado.*

5 - Outros

*MSC = saudável; membra normovolumétricas*

6- Diagnóstico

*Evolução da lesão ombro.*

Dr. Dimas Caiaffo  
CNPJ: 22.322.620/0001-00  
CRMPE: 12.000



**CENTRO HOSPITALAR ALBERT SABIN**  
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TRATAMENTO CLÍNICO

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

( ) Paciente

( ) Responsável

Nome do Paciente: **CHRISTIANO DUARTE PEREIRA** RG: 3953686

Nome do Responsável: **GEORGIA PAULA ALVES DE LIMA DUARTE** RG: 5048137

Nome do Médico: **DIMAS CAIAFFO** CRM: 20862

Sou informado que as avaliações e exames realizados revelaram alterações e diagnósticas do meu estado de saúde, com indicação de tratamento para tratamento clínico inicialmente.

Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas do tratamento. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente.

Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no Hospital para se obter o melhor resultado.

Estou ciente de que podem ocorrer complicações durante o tratamento / assistência clínica / procedimento ou realização de exames, assim como poderá ser necessária a modificação da proposta inicial em virtude de situações imprevistas.

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

**TESTEMUNHA**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Assinatura do paciente e/ou responsável:

Recife, 11/02/2020

**TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA**

Eu, **DIMAS CAIAFFO**, CRM: 20862, médico responsável pelo esclarecimento do tratamento clínico 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 trata-se de situação de emergência.

Recife, 11/02/2020

Assinatura / Carimbo do médico

Paciente:0532589 - CHRISTIANO DUARTE PEREIRA  
Nome Social: Leitor:051 11/07/2020 Horas:14:42 - Tel: 01986110000  
Medico: DILMAS CAIAFFO Clinica:CLINICA MEDICA  
Convenio: ANILL/BASIC Anil Idade:449n

Paciente: 05352589	- CHRISTIANO DUARTE PEREIRA		
Nome Social:			
Leito: 051	11/02/2020 Hora: 14:42 - Tel: 0199653173		
Médico: DIAS CAIUFFO	Clinica: CLINICA MEDICA		
Convenio: ANIL/BASIC ANIL	Idade: 44 anos		
Dias Caiuffo			
CONVENIO			
CONVENIO			
PRESCRIÇÃO			
REGISTRO:	DATA:	SETOR:	MÉDICO:
União 8532478	11/02/2020	Outpatient	Dias Caiuffo
HORÁRIO			
- VIA DE ADMINISTRAÇÃO			
1) Dexta Valsalva			
2) Sutura higienizada			
3) Digiçana 05g + AD EV 6/6 horas			
4) Ternar 100mg + 100ml hFogar: EV 3/M			
5) Incentivar bex - dep vez 12/12 horas			
6) Clabogril 25mg - 01 cp vez 12/12 horas			
7) Flaxol 01 cart + AD EV 8/8h 3/M			
8) Gepatix 100mg vez 03c			
9) Recomendação hídrica para oftalmoscópios			
10) MCV + celo			
11) Aos cuidados do Dr. Airton			
Dias Caiuffo			

<input type="checkbox"/> BOMBA DE INFUSÃO	<input type="checkbox"/> OXIMETRO	<input type="checkbox"/> MONITOR CARDIACO	<input type="checkbox"/> MANTZ AS HS	<input type="checkbox"/> C/ CONTÍNUO AS HS	<input type="checkbox"/> NBZ APLICAÇÃO
<b>CURATIVOS</b>	<b>ENTUBAÇÃO TRAQUEAL</b>	<b>SONDA NASOGÁSTRICA</b>	<b>ASSEIO CORPORAL</b>	<b>CATETER VESICAL</b>	<b>PUNÇÃO VEIA CENTRAL</b>
— LUVA ESTÉRIL	— LUVA ESTÉRIL	— SONDA N°	— SOAPEX	— SONDA VESICAL N°	— CATETER N°
— GAZE	— TUBO TRAQUEAL	— GAZE	— ALGODÃO	— COLETOR FECHADO	— LUVA ESTÉRIL
— ATADURA CM	— ANEST. SPRAY	— LUVA	— FRAUDÃO	— AD 10 ML	— GAZES
— COMPRESAS	— FITA CARDIACA	— SÉRINGA ML	— LPNE	— SÉRINGA ML	— ANESTÉSICO LOCAL
— MICROPORÉ	— GAZE	— COLETOR ABERTO	— ASPIRAÇÃO	— LUVA ESTÉRIL	— FIO N°
— ESPARADRAPO	— DERSANI	— JELCO N°	— SONDA	— XYLOCAINA GEL	— EQUIPO SORO
— SF ML	— LUVA (S)	— ESPARADRAPO	— LUVA	— EQUIPO PVC	— EQUIPO PVC
— — — — —	— GAZE (S)	— ALGODÃO	— AD50ML	— GAZE	— SORO
— — — — —	— SONDA N°	— — — — —	— GAZE	— ESPARADRAPO	— SERINGA ML
— — — — —	— SERINGA	— — — — —	— MÁSCARA	— PVPIDEGERMANTE	— LÂMINA N°
<b>EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - DIURNA</b>					
Pacte adquirida na urgência apresenta fratura M5 após colisão de moto contra o mtr. Esse regulam consciente, orientado e falha osculicular percutânea. nega alergia medicamentosa. Estérca HAB(+) ausge purpurico e toracico fricas. Aguardando intubamento.					
H.D. Fratura do clavíce seg. Análise: Automa de Enfermagem em operação e normais					
<b>EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - NOTURNA</b>					

Paciente: 8532589 - CHRISTIANO DUARTE PEREIRA

Nome Social: \_\_\_\_\_  
Leito: L051 11/02/2020 Hora: 14:42 - Tel: 619865175  
Medico: DIMAS CAIAFFO Clinica: CLINICA MEDICA  
Convenio: AMIL/BASIC AMIL Idade: 44a9m

DIAGNÓSTICO		PRES:
<b>INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA</b> Relacionado a: <input type="checkbox"/> - Infecção <input checked="" type="checkbox"/> - Mobilidade física prejudicada <input type="checkbox"/> - Outros:  <b>DÉFICIT NO AUTO-CUIDADO</b> Relacionado a: <input checked="" type="checkbox"/> - Mobilidade prejudicada <input checked="" type="checkbox"/> - Dor <input checked="" type="checkbox"/> - Astenia <input checked="" type="checkbox"/> - Complicações clínicas e cirúrgicas  <b>DOR ( ) Crônica ( ) Aguda.</b> Relacionado a: <input type="checkbox"/> - Fisiologia de base <input checked="" type="checkbox"/> - Processo orgânico <input type="checkbox"/> - Outros:  <b>RISCO DE INFECÇÃO</b> Relacionado a: <input checked="" type="checkbox"/> - Quebra da técnica <input type="checkbox"/> - Sistema imune comprometido <input type="checkbox"/> - Quimioterapia <input checked="" type="checkbox"/> - Dispositivos inseridos no paciente		<ul style="list-style-type: none"> <li>- realizar hidratação da decúbito _____</li> <li>- renovar curativo da lesão _____ vez(es) ao dia.</li> <li>- higiene íntima após eliminações.</li> <li>- realizar massagem de conforto com: _____</li> <li>- Inspeccionar a pele a cada 24h, registrar e comunicar alterações. <span style="float: right;">D.D.T</span></li> <li>- Realizar higiene oral com enxaguante bucal;</li> <li>- Auxiliar higiene oral após as refeições com enxaguante bucal</li> <li>- Orientar / auxiliar banho de aspiração.</li> <li>- Realizar banho no leito.</li> <li>- Realizar massagem de conforto com hidratante corporal.</li> <li>- Prevenir risco de queda, elevando as grades do leito.</li> </ul>
<b>RISCO DE FLEBITE</b> Relacionado a: <input checked="" type="checkbox"/> - Puncão venosa <input checked="" type="checkbox"/> - Medicamentos		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar troca do sítio de punção dos pacientes procedentes da emergência em no máximo 24 horas, quando possível.</li> <li>- Realizar troca do sítio de punção a cada 72 horas.</li> <li>- Realizar a troca do equipo a cada 16 horas.</li> <li>- Utilizar repartil gel em flebite de _____ h.</li> <li>- Realizar punction venosa com técnica assistófica.</li> </ul>
<b>PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ</b> Relacionado a: <input type="checkbox"/> - ITR <input type="checkbox"/> - Secreções <input type="checkbox"/> - Dor		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter decúbito elevado a _____ graus.</li> <li>- Aspirar vias aéreas superiores com técnica asséptica S.N.</li> <li>- Avaliar padrão respiratório de _____ h, registrar e comunicar ao médico responsável.</li> <li>- Instalar oxigenoterapia conforme prescrição médica.</li> </ul>
<b>RISCO DE ASPIRAÇÃO</b> Relacionado a: <input type="checkbox"/> - SNE <input type="checkbox"/> - Presença de TGT e TOT <input type="checkbox"/> - Decúbito prejudicada		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter decúbito a 45° caso não haja contra indicação para pacientes em uso SNG, SNE, TOT, TOT.</li> <li>- Suspender a dieta durante procedimentos de manipulação extrema.</li> <li>- Observar disfagia e/ou engasgo durante dieta.</li> </ul>
<b>( ) NÁUSEAS ( ) VÔMITOS</b> Relacionado a: <input type="checkbox"/> - Quimioterapia <input type="checkbox"/> - Medicamentos <input type="checkbox"/> - Outros:		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar / manter decúbito elevado por duas horas após as refeições.</li> <li>- Avaliar, registrar e comunicar frequência e características dos vômitos.</li> <li>- Administrar medicação conforme prescrição. Comunicar ao médico responsável caso não haja prescrição.</li> </ul>
<b>( ) DIARRÉIA ( ) CONSTIPAÇÃO</b> <b>( ) RETENÇÃO URINÁRIA ( ) DRENAGENS</b> Relacionado a: <input type="checkbox"/> - Procedimentos cirúrgicos <input type="checkbox"/> - Medicamentos <input type="checkbox"/> - Processo infecções <input type="checkbox"/> - Alteração renal		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar frequência e características das eliminações fisiológicas.</li> <li>- Medir diurese.</li> <li>- Realizar balanço hídrico.</li> <li>- Anotar características e volume da drenagens.</li> </ul>
<b>RISCO DE SANGRAMENTOS</b> Relacionado a: <input type="checkbox"/> - Quimioterapia <input type="checkbox"/> - Patologia de base <input type="checkbox"/> - Outros:		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar presença de sangramento ativo.</li> <li>- Realizar crioterapia</li> <li>- Realizar curativo compressivo.</li> </ul>
<b>OUTROS</b> <i>Respiratória a magistral anticoagulante</i>		

CÓD. 756673

Tutoria: Souza  
Enfermeira: DATA: / / /

# REGISTRO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

## PLANTÃO DIURNO

SINAIS VITais:	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
PA													
FR													
T													
P													
Dor													

### ANOTAÇÕES:

SIO2													
HGT													

SINAIS VITais:	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
PA													
FR													
T													
P													
Dor													

### ANOTAÇÕES:

SIO2													
HGT													

## PLANTÃO NOTURNO

SINAIS VITais:	20	21	22	23	24	1	2	3
PA								
FR								
T								
P								
Dor								

### ANOTAÇÕES:

SIO2								
HGT								

### ELIMINAÇÕES:

Diose	20	21	22	23	24	1	2	3
SNG / SNE								
Evacuação								
Ileostomia / Jejunostomia								
Drenos								
Outros								

### REGISTRO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

Data 11/02/2022

REGISTRO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM:  
15:40 pm. 2º dia de plantão, concentrado, corrida, paciente com dor abdominal, anamnese: maioria com queixa de dor abdominal, reduzida mediante descanso, alívio com laxativo, alívio com antidiarréico, alívio com analgésico, alívio com anticonvulsivo, alívio com anestésico, alívio com anestésico.

CLINICA ORTOPEDICA DE PIEDADE LTDA

EVOLUCAO

Emitido em: 19/02/2020 09:17

EVOLUCAO: 11/02/20 11:10 FICHA:123215 CRISTIANO DUARTE PEREIRA

AMIL

Cid 1:

Cid 2:

Cid 3:

**Historico da Doenca Atual - Queixa / Exame Fisico**

DOR NO COTOVELO ESQ PÓS ACIDENTE DE MOTO

**Diagnostico**

FRATURA DO OLECRANEO

Material/Servico	Qtd
MOVATEC 15mg AMP. 1,5ml	1
TALA GESSADA M. SUPERIOR	1
COTOVELO AP/PERFIL	1

**Laudo do Raio - X**

RX

**Procedimentos**

TALA + MOVATEC COM INDICAÇÃO CIRURGICA

SALVADOR LUIGGI CRM: 8365

BRAVO SISTEMAS - VERSÃO CLÍNICAS - [www.sistemabravo.com.br](http://www.sistemabravo.com.br)



## HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Paciente: 6532589 - CHRISTIANO DUARTE PEREIRA  
 Nome Social: \_\_\_\_\_  
 Leito: 0501 11/02/2020 Horas: 14:42 - Tel: 0199653173  
 Médico: BIMAS CAIAFFO Clínica: CLÍNICA MÉDICA  
 Convenio: AMIL/BASIC AMTL Idade: 44 anos

Nome do:  
 Data de n.:  
 Conv.:  
 Médico:

## 1 Questão principal e história da doença atual

\_\_\_\_\_

## 2 Diagnóstico Inicial:

Evolução da clínica: \_\_\_\_\_

## 3 Antecedentes Pessoais:

<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> DM	<input type="checkbox"/> Tubercolose	<input type="checkbox"/> Câncer	<input type="checkbox"/> Obesidade	<input type="checkbox"/> Distúrbio	<input type="checkbox"/> Psiquiátricos	<input type="checkbox"/> Cardiopatias
<input type="checkbox"/> Infecções	<input type="checkbox"/> Outras: _____						
<input type="checkbox"/> Alergias: _____				<input type="checkbox"/> D. Degenerativa: _____			
<input type="checkbox"/> Alcoolismo Início: _____					Término: _____		
<input type="checkbox"/> Tabagismo Início: _____						Término: _____	Qtd/dia: _____

OBS: \_\_\_\_\_

## 4 Antecedentes Familiares:

<input type="checkbox"/> Cardiopatias	<input type="checkbox"/> DM	<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> Câncer	<input type="checkbox"/> AVC
Outros: _____				Parentesco: _____

OBS: \_\_\_\_\_

## 5 Exame Físico

## 6 Estado Geral:

<input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> Regular	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Hidratado	<input type="checkbox"/> Desidratado	<input type="checkbox"/> Anasarca	<input checked="" type="checkbox"/> Hipocorado	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorado
<input type="checkbox"/> Hipocorado	<input type="checkbox"/> Palidez	<input checked="" type="checkbox"/> Acadântico	<input checked="" type="checkbox"/> Cianótico	<input checked="" type="checkbox"/> Anictérico	<input type="checkbox"/> Ictérico	<input checked="" type="checkbox"/> Afibril	
<input type="checkbox"/> Febris: _____							

## 7 Avaliação Neurológica:

## Nível de Consciência:

<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Sonolento	<input type="checkbox"/> Torporoso	<input type="checkbox"/> Comatoso
<input checked="" type="checkbox"/> Comatoso Sedado (_____ mil)					

## Pupilas

<input type="checkbox"/> Fotoreagentes	<input type="checkbox"/> OD	<input type="checkbox"/> OE	<input type="checkbox"/> Isocórica	<input type="checkbox"/> Anisocórica	<input type="checkbox"/> Midriase	<input type="checkbox"/> Miase
--	-----------------------------	-----------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

## Escala de Coma de Glasgow: \_\_\_\_\_ pontos

Abertura Ocular: \_\_\_\_\_ Resposta Verbal: \_\_\_\_\_ Resposta Motora: \_\_\_\_\_

## 8 Sistemas Respiratório:

FR: _____ lpm	<input type="checkbox"/> Eufnélico	<input type="checkbox"/> Dispnélico	<input type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> Suporte mecânico	
	<input type="checkbox"/> TOT / TNT	<input type="checkbox"/> Traqueostomia	Modo: _____	FiO <sub>2</sub> : _____	PEEP: _____
Sal. O <sub>2</sub> : _____	O <sub>2</sub> : Suplementar: _____ l/min		<input type="checkbox"/> Cateter nasal	<input type="checkbox"/> Máscara	

 Macronebulização

Expansibilidade torácica conservada: \_\_\_\_\_

Sim

Não

Local: \_\_\_\_\_

Dreno torácico:  Sim

Não

Oscilação:  Sim

Presente

Murmúrios vesiculares: \_\_\_\_\_

Ausente

Ruidos Adventícios: \_\_\_\_\_

Ronco

Tosse:  Presente

Ausente

Aspecto: \_\_\_\_\_

Ausente

Sibilos

Seca

Aspecto da drenagem: \_\_\_\_\_

Diminuído Local: \_\_\_\_\_

Estertores: \_\_\_\_\_

Produtiva: \_\_\_\_\_

Crepitante

Secreção: +/++/+\*/+\*/+\*

COD. 755659

Colar etiqueta de identificação  
Preencher se não houver etiqueta

Nome do Paciente:

Data de Nasc.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Nº do Registro:

Conv.: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Médico:

9 Sistema Cardiovascular:

FC 144 bpm PA: 130 x 90 mmHg

Ritmo cardíaco:  Regular

Irregular

P脉:  Filiforme

Cheio

Uso de drogas vascoativas:

Não

Acesso Venoso:  Periférico

Ausculta:

Ausente

Sim

Central

Dissecção

10 Sistema Gastrointestinal:

Abdome:  Flácido

Tenso

Presente

Distendido

Ausentes

Doloroso

Hiperativos

Plano

Hipativos

Globosa

SNG

Ascítico

SNE

Ruidos Hidroáereos:

Eliminações Intestinais

Drenagem:

Constipação

Diarréia

Ausente

Normais

Aspecto:

Flatos

Melena

Enterorrágia

11 Sistema Geniturinário:

Diurese:  Presente

Ausente

Espontânea

SVD

SVA

Cistotomia

Uripeh

Aspecto:

Hemodiálise

Diálise peritoneal

12 Sistema Musculoesquelético:

Mobilidade:  Ativa

Passiva

Sim

Movimentos Conservados:

Sim

Não

Força Motora: Conservada

Sim

Não

MMSS: HSE impediço

MMII:

Exames:

Observações do Enfermeiro: Paciente admitido com nre. vre. corrimento

diarreia, com HSE imobilizado, aquando da troca de fralda.

pediu manutenção da cinturaço.

*Anne Andrade*  
COREN 422.314

*Anne Andrade*  
COREN 422.314

Data 11/02/2020

Enfermeira / COREN

COD. 756659

 <b>albert sabin</b> HOSPITAL	Paciente: 8532589 - CHRISTIANO DUARTE PEREIRA Nome Social: Leito: L051 11/02/2020 Hora: 14:42 - Tel: 0198653173 Medico: DIMAS CAAFFO Clinica: CLINICA MEDICA Convenio: AMIL/BASIC AMIL Idade: 44a9m
EXAME FÍSICO / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	Nome: Data: Conv: Médii

Data: 11/02/2020 Hora: 21:00 HD: *Fretura de glicose.*

**EXAME FÍSICO / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

Nível de Consciência:	<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Sonolento	<input type="checkbox"/> Torporoso	<input type="checkbox"/> Confuso	
Pupilas:	<input checked="" type="checkbox"/> Isocônicas	<input type="checkbox"/> Anisocônicas				
Pele: Coloração:	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorado	<input type="checkbox"/> Hipocorado	<input type="checkbox"/> Anictérico	<input type="checkbox"/> Ictérico		
	<input checked="" type="checkbox"/> Aclonótico	<input type="checkbox"/> Cianótico				
Turgor:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Diminuído	<input type="checkbox"/> Desidratado			
Presença e localização de:	<input type="checkbox"/> Edema Local:	<input type="checkbox"/> Equimoses Local:	<input type="checkbox"/>	Lesão por Pressão Local:		
Mucosa Oral:	<input checked="" type="checkbox"/> Integra	<input type="checkbox"/> Mucosite	<input type="checkbox"/> Outros:			
Aparelho Respiratório:	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnélico	<input type="checkbox"/> Bradipnélico	<input type="checkbox"/> Taquipnélico	<input type="checkbox"/> Dispnélico		
Ausculta: MV:	<input checked="" type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Diminuidos	<input type="checkbox"/> Ausentes	<input type="checkbox"/>	Ausentes	
	<input checked="" type="checkbox"/> RA:	<input type="checkbox"/> Presentes				
Expansão Pulmonar:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Diminuída				
Suporte de O <sub>2</sub> :	<input type="checkbox"/> Cateter de O <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> Máscara Simples				
Acesso Vênoso:	<input checked="" type="checkbox"/> Periférico	<input type="checkbox"/> Central	<input type="checkbox"/> CTI	<input type="checkbox"/> PICC	<input type="checkbox"/> Outros:	
AGI: Abdome:	<input checked="" type="checkbox"/> Plano	<input type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Flácido	<input type="checkbox"/> Tenso	<input type="checkbox"/> Timpânico	<input type="checkbox"/> Doloroso
	<input checked="" type="checkbox"/> Indolor					
RHA	<input type="checkbox"/> Presentes	<input type="checkbox"/> Ausentes	<input type="checkbox"/> Diminuidos			
Dietas:	<input type="checkbox"/> Zero	<input checked="" type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> SNE / SNG	<input type="checkbox"/> GTT / JNT	<input type="checkbox"/> NPT	
			<input type="checkbox"/> Gravitacional	<input type="checkbox"/> BIC		
Diurese:	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> SVA	<input type="checkbox"/> Cistostomia	<input type="checkbox"/> Irrigação	
Evacuações:	<input checked="" type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente há +/- dias	<input type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Ileostomia		
Curativo:	<input type="checkbox"/> Simples Local:		<input type="checkbox"/> Especial Local			
Dreno:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Especificação:				

*Paciente evoluí ECR, não queria atíco  
 opção 2 se prg. agendada entapede  
 pre anorexia de lirrige.*

*Luz*



## EXAME FÍSICO / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: 6322589 - CHRISTIANO DUARTE PEREIRA  
Nome do: Nôo Social:  
Data de N: Leito 1051 11/02/2020 Horario 14:42 - Tel: 81986551775  
Conv.: Médico: DIMAS CAIARFO Clínica: CLÍNICA MÉDICA  
Médico: Convenio: ANIL/BASIC PMIL Idade: 44a94

Data: 12/02/2020 Hora: 14:30 HD: Projeto da Diáspora

## EXAME FÍSICO / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

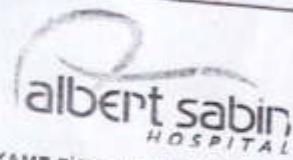
Nível de Consciência:	<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Sonolento	<input type="checkbox"/> Torporoso	<input type="checkbox"/> Confuso
Pupilas:	<input checked="" type="checkbox"/> Isocônicas	<input type="checkbox"/> Anisocônicas			
Pele: Coloração:	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Anictérica	<input type="checkbox"/> Ictérica	
	<input checked="" type="checkbox"/> Aclorótica	<input type="checkbox"/> Cianótica			
Turgor:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Diminuído	<input type="checkbox"/> Desidratado		
Presença e localização de:	<input type="checkbox"/> Edema Local:	<input type="checkbox"/> Equimoses Local:	<input type="checkbox"/> Lesão por Pressão Local:		
Mucosa Oral:	<input checked="" type="checkbox"/> Integra	<input type="checkbox"/> Mucosite	<input type="checkbox"/> Outros:		
Aparelho Respiratório:	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnélico	<input type="checkbox"/> Bradipnélico	<input type="checkbox"/> Taquipnélico	<input type="checkbox"/> Dispnéico	
Ausculta: MV:	<input checked="" type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Diminuidos	<input type="checkbox"/> Ausentes	<input type="checkbox"/> Ausentes	
	<input type="checkbox"/> RA:	<input checked="" type="checkbox"/> Presentes			
Expansão Pulmonar:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Diminuída			
Suporte de O <sub>2</sub> :	<input type="checkbox"/> Cateter de O <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> Máscara Simples			
Acesso venoso:	<input checked="" type="checkbox"/> Periférico <del>HSD</del>	<input type="checkbox"/> Central	<input type="checkbox"/> CTI	<input type="checkbox"/> PICC	<input type="checkbox"/> Outros:
AGI: Abdome:	<input checked="" type="checkbox"/> Piano	<input type="checkbox"/> Globoso	<input checked="" type="checkbox"/> Flácido	<input type="checkbox"/> Tenso	<input type="checkbox"/> Timpânico <input type="checkbox"/> Doloroso
RHA:	<input checked="" type="checkbox"/> Presentes	<input type="checkbox"/> Ausentes	<input type="checkbox"/> Diminuidos		
Díta:	<input type="checkbox"/> Zero	<input checked="" type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> SNE / SNG	<input type="checkbox"/> GTT / JNT	<input type="checkbox"/> NPT
			<input type="checkbox"/> Gravitacional	<input type="checkbox"/> BIC	
Diurese:	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> SVA	<input type="checkbox"/> Cistostomia	<input type="checkbox"/> Irrigação
Evacuações:	<input checked="" type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente há +/- dias:	<input type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Ileostomia	
Curativo:	<input type="checkbox"/> Simples Local:		<input type="checkbox"/> Especial Local		
Dreno:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Especificação:			

Pré existente estabilizado, com Hx- trabalhador, ex-fumador, morador para o dia 13/02, fumou à partir das 10h30min para xim que era, requiriu medicamento compreendeu prescrição médica. Foi atendido na equipe de enfermagem

Anexo à ficha  
CONCEP-42-374

CÓD. 758666

Ass. Enf.



## EXAME FÍSICO / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: 0532389 - CHRISTIANO DURANTE PEREIRA  
Nome Social: \_\_\_\_\_  
No: Leito: L051 11/02/2020 Hora: 14:42 - Tel: 61966531735  
Da: Médico: DIMAS CAIAFFO Clínica: CLÍNICA MÉDICA  
Cc: Convenio: ANIL/BASIC ANIL Idade: 34 anos  
México: \_\_\_\_\_

Data: 12/02/2020

Hora: 21:40

HD: Fratura de olícrano

## EXAME FÍSICO / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nível de Consciência:	<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Sonolento	<input type="checkbox"/> Torporoso	<input type="checkbox"/> Confuso
Pupilas:	<input checked="" type="checkbox"/> Isocôricas	<input type="checkbox"/> Anisocôricas			
Pele: Coloração:	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorado	<input type="checkbox"/> Hipocorado	<input type="checkbox"/> Anictérico	<input type="checkbox"/> Ictérico	
	<input checked="" type="checkbox"/> Aclonótico	<input type="checkbox"/> Cianótico			
Turgor:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Diminuído	<input type="checkbox"/> Desidratado		
Presença e localização de:	<input type="checkbox"/> Edema Local:	<input type="checkbox"/> Equimoses Local:	<input type="checkbox"/> Lesão por Pressão Local:		
Mucosa Oral:	<input checked="" type="checkbox"/> Integra	<input type="checkbox"/> Mucosite	<input type="checkbox"/> Outros:		
Aparelho Respiratório:	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnélico	<input type="checkbox"/> Bradipnélico	<input type="checkbox"/> Taquipnélico	<input type="checkbox"/> Dispnélico	
Ausculta: MV:	<input checked="" type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Diminuidos	<input type="checkbox"/> Ausentes	<input type="checkbox"/> Ausentes	
	<input checked="" type="checkbox"/> RA:	<input type="checkbox"/> Presentes			
Expansão Pulmonar:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Diminuída			
Suprimento de O <sub>2</sub> :	<input type="checkbox"/> Cateter de O <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> Máscara Simples			
Acesso venoso:	<input checked="" type="checkbox"/> Periférico	<input type="checkbox"/> Central	<input type="checkbox"/> CTI	<input type="checkbox"/> PICC	<input type="checkbox"/> Outros:
AGI: Abdome:	<input type="checkbox"/> Plano	<input type="checkbox"/> Globoso	<input checked="" type="checkbox"/> Flácido	<input type="checkbox"/> Tenso	<input type="checkbox"/> Timpânico
	<input checked="" type="checkbox"/> Indolor				<input type="checkbox"/> Doloroso
RHA	<input checked="" type="checkbox"/> Presentes	<input type="checkbox"/> Ausentes	<input type="checkbox"/> Diminuidos		
Díeta:	<input type="checkbox"/> Zero	<input checked="" type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> SNE / SNG	<input type="checkbox"/> GTT / JNT	<input type="checkbox"/> NPT
			<input type="checkbox"/> Gravitacional	<input type="checkbox"/> BIC	
Diurese:	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> SVA	<input type="checkbox"/> Cistostomia	<input type="checkbox"/> Irrigação
Evacuações:	<input checked="" type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente há +/- dias	<input type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Ileostomia	
Curativo:	<input type="checkbox"/> Simples Local:		<input type="checkbox"/> Especial Local		
Dreno:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Especificação:			

segue aos enunciados da ficha de enfermagem

2

okura.

214425

CÓD. 756666

Ass. Enf.



## EXAME FÍSICO / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: 8532589 - CHRISTIANO DIARTE PEREIRA  
 Nome Social: \_\_\_\_\_  
 Leito: LOSI 11/02/2020 Hora: 14:42 - Tel: 61986531751  
 Médico: DIMAS CAIAFFO Convenio: AMIL/BASIC AMIL Clínica: CLINICA MEDICA  
 Conv.: \_\_\_\_\_ Idade: 44 anos

Data: 13/02/26

Hora: 08:00 HD: \_\_\_\_\_

## EXAME FÍSICO / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nível de Consciência:	<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Sonolento	<input type="checkbox"/> Torporoso	<input type="checkbox"/> Confuso
Pupilas:	<input checked="" type="checkbox"/> Isocônicas	<input type="checkbox"/> Anisocônicas			
Pele: Coloração:	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Anictérica	<input type="checkbox"/> Ictérica	/
	<input checked="" type="checkbox"/> Aclonótico	<input type="checkbox"/> Cianótico			
Turgor:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Diminuído	<input type="checkbox"/> Desidratado		
Presença e localização de:	<input type="checkbox"/> Edema Local:	<input type="checkbox"/> Equimoses Local:	<input type="checkbox"/> Lesão por Pressão Local		
Mucosse Oral:	<input checked="" type="checkbox"/> Integra	<input type="checkbox"/> Mucosite	<input type="checkbox"/> Outros:		
Aparato Respiratório:	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnélico	<input type="checkbox"/> Bradipnélico	<input type="checkbox"/> Taquipnélico	<input type="checkbox"/> Dispnélico	
Ausculta: MV:	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Diminuídos	<input type="checkbox"/> Ausentes	<input type="checkbox"/> Ausentes	
	<input type="checkbox"/> RA:	<input type="checkbox"/> Presentes			
Expansão Pulmonar:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Diminuída			
Suprimento de O <sub>2</sub> :	<input type="checkbox"/> Cateter de O <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> Máscara Simples			
Acesso venoso:	<input checked="" type="checkbox"/> Perifônico	<input type="checkbox"/> Central	<input type="checkbox"/> CTI	<input type="checkbox"/> PICC	<input type="checkbox"/> Outros:
AGI: Abdome:	<input type="checkbox"/> Firme	<input type="checkbox"/> Globoso	<input checked="" type="checkbox"/> Flácido	<input type="checkbox"/> Tenso	<input type="checkbox"/> Timpânico
RHA	<input type="checkbox"/> Presentes	<input type="checkbox"/> Ausentes	<input type="checkbox"/> Diminuídos		
Díeta:	<input type="checkbox"/> Zero	<input checked="" type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> SNE / SNG	<input type="checkbox"/> GTT / JNT	<input type="checkbox"/> NPT
			<input type="checkbox"/> Gravitacional	<input type="checkbox"/> BIC	
Diurese:	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> SVA	<input type="checkbox"/> Cistostomia	<input type="checkbox"/> Irrigação
Evacuações:	<input type="checkbox"/> Presente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente há +/- dias	<input type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Ileostomia	
Curativo:	<input type="checkbox"/> Simples Local:			<input type="checkbox"/> Especial Local	
Dreno:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Especificação:			

Paciente encaminhado ao Bloco cirúrgico para OR-02

ID: 756666

Ass. Enf.



## EXAME FÍSICO / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Colar etiqueta de identificação  
Preencher se não houver etiqueta

Nome do Paciente: christiano duarte perira  
 Data de Nasc.: / /  Nº do Registro: 8532589  
 Conv.: Annil Leito: 51  
 Médico: emílio carvalho  
 Data: 13/02/2020 Hora: 20:30 HD: fratura da clavícula

## EXAME FÍSICO / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nível de Consciência:	<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Sonolento	<input type="checkbox"/> Torporoso	<input type="checkbox"/> Confuso
Pupilas:	<input checked="" type="checkbox"/> Isocôricas	<input type="checkbox"/> Anisocôricas			
Pele: Coloração:	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorado	<input type="checkbox"/> Hipocorado	<input type="checkbox"/> Anictérico	<input type="checkbox"/> Ictérico	
	<input type="checkbox"/> Aclonótico	<input type="checkbox"/> Cianótico			
Turgor:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Diminuído	<input type="checkbox"/> Desidratado		
Presença e localização de:	<input type="checkbox"/> Edema Local:	<input type="checkbox"/> Equimoses Local:		<input type="checkbox"/> Lesão por Pressão Local:	
Mucosa Oral:	<input checked="" type="checkbox"/> Integra	<input type="checkbox"/> Mucosite	<input type="checkbox"/> Outros:		
Aparelho Respiratório:	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnélico	<input type="checkbox"/> Bradipnélico	<input type="checkbox"/> Taquipnélico	<input type="checkbox"/> Dispnélico	
Ausculta: MV:	<input checked="" type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Diminuidos	<input type="checkbox"/> Ausentes		<input type="checkbox"/> Ausentes
	<input type="checkbox"/> RA:	<input type="checkbox"/> Presentes			
Expansão Pulmonar:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Diminuída			
Suporte de O <sub>2</sub> :	<input type="checkbox"/> Cateter de O <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> Máscara Simples			
Acesso venoso:	<input checked="" type="checkbox"/> Periférico	<input type="checkbox"/> Central	<input type="checkbox"/> CTI	<input type="checkbox"/> PICC	<input type="checkbox"/> Outros:
AGI: Abdome:	<input type="checkbox"/> Plano	<input checked="" type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Flácido	<input type="checkbox"/> Tenso	<input type="checkbox"/> Timpânico
	<input type="checkbox"/> Indolor				<input type="checkbox"/> Doloroso
RHA	<input checked="" type="checkbox"/> Presentes	<input type="checkbox"/> Ausentes	<input type="checkbox"/> Diminuidos		
Dieta:	<input type="checkbox"/> Zero	<input checked="" type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> SNE / SNG	<input type="checkbox"/> GTT / JNT	<input type="checkbox"/> NPT
			<input type="checkbox"/> Gravitacional	<input type="checkbox"/> BIC	
Dilúse:	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> SVA	<input type="checkbox"/> Cistostomia	<input type="checkbox"/> Irrigação
Evacuações:	<input type="checkbox"/> Presente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente há +/- dias		<input type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Ileostomia
Curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Simples Local:			<input type="checkbox"/> Especial Local	
Dreno:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Especificação:			

Paciente estável, segue aos cuidados da enfermagem. Recinto curativo em NSE, utilizou 03 compressas com gaze, 01 unguinhado, 01 PCD, 01 30x20 fisiológico, 10cm, 01 fratura de 15cm e som de microfone. Sem quebras, pré-hospitalar.

CÓD. 756666

Sandrin  
Ass. Enf.



#### ASSISTÊNCIA DE E

Nome: Arthur Duarte Lins - Rua: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_  
Clínica: \_\_\_\_\_ Cirurgia Proposta: Fratura de Tíbia

Admitido por:  Em 13 de 10 de 2018 Ass. .../...

- 1 - Procedência  
 Interno Leito: S 1  
 Externo

- ## 2 - condições do Paciente

- Sintomas do Paciente**

<input type="checkbox"/> Acordado	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado
<input type="checkbox"/> Sonolento	<input type="checkbox"/> Desorientado
<input type="checkbox"/> Calmo	<input type="checkbox"/> Torporoso
<input type="checkbox"/> Ansioso	<input type="checkbox"/> Comatoso
<input type="checkbox"/> Agitado	<input type="checkbox"/> Parapenteado
<input type="checkbox"/> Chorando	

- 3 - Venóclise
  - Peridérica
  - Vela Central

- 4 - Sonda**  
 Vesical  
 Nasogástrica  
 Enteral

- 5 - Integridade da Pele**

  - Normal
  - Edema
  - Seca
  - Lesões

- 6 - Tricotomia**

ANESTESIA Inicio: 08 : 15 h Término: 10 : 15 h

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Geral             | <input type="checkbox"/> Raquel Agulha nº _____              |
| <input type="checkbox"/> Sedação           | <input type="checkbox"/> Caudal Agulha nº _____              |
| <input type="checkbox"/> Local             | <input type="checkbox"/> Peridural Agulha nº _____           |
| <input type="checkbox"/> Bloqueio de Plexo | <input type="checkbox"/> Peridural Contínua Cateter nº _____ |
| <input type="checkbox"/> Parabulbar        | <input type="checkbox"/> Outra _____                         |

Anestesiologista(s):

**MEDICAÇÕES USADAS**

## **MEDICAÇÕES USADAS**

Hora	Medicações	Hora	Medicações
08:15	Ref. zol		

#### **Intercorrências:**

#### **SAÍDA DA SALA DE CIRURGIA**

- 1 - Condições do Paciente
  - 2 - Quelxas
  - 3 - Destino
  - 4 - Transportado

- |  |   |                                     |  |
|--|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Entubada        | <input type="checkbox"/> Extubado         | <input type="checkbox"/> Alerta     | <input type="checkbox"/> Alerta          |
| <input type="checkbox"/> Dor             | <input type="checkbox"/> Frio             | <input type="checkbox"/> Náusea     | <input type="checkbox"/> Outras: _____   |
| <input type="checkbox"/> SRPA            | <input type="checkbox"/> UTI              | <input type="checkbox"/> Enfermaria | <input type="checkbox"/> Apartamento     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Maca | <input type="checkbox"/> Cadeira de Rodas | <input type="checkbox"/> Recumbente | <input type="checkbox"/> Alta Hospitalar |

-C6a-669917

### FASE TRANS-OPERATÓRIA

CIRURGIA: Fratura de Tibia Início: \_\_\_\_ h Término: \_\_\_\_ h  
 Equipe Cirúrgica:

**1 - Posição**

- Dorsal  
 Ventral  
 Lateral \_\_\_\_\_

- Ginecológica  
 Outra \_\_\_\_\_

**5 - Bisturi Elétrico**

- Bipolar  
 Monopolar  
 Local da Placa \_\_\_\_\_

**2 - Posição dos MMSS**

- Anatômica  
 Abdução  
 Outra \_\_\_\_\_

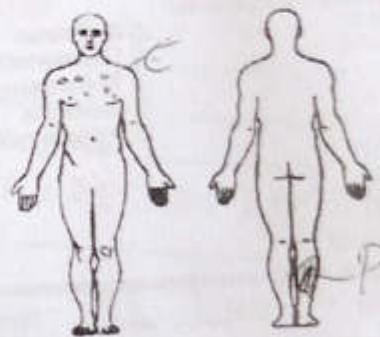
**6 - Eletrodos**

- Sim  
 Não

**3 - Coxim**

- Flanco \_\_\_\_\_  
 Dorso \_\_\_\_\_  
 Quadril \_\_\_\_\_  
 Renal \_\_\_\_\_

- Tórax \_\_\_\_\_  
 Infra-Escapular \_\_\_\_\_  
 Occipital \_\_\_\_\_  
 Outra \_\_\_\_\_



**4 - Solução Anti-séptica**

- PVPI  
 Clorexidina  
 Outra \_\_\_\_\_

### PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Utensílios Removidos     | <input type="checkbox"/> Roupa                        | <input type="checkbox"/> Prótese Dentária     | <input type="checkbox"/> Adereços _____           |
| <input checked="" type="checkbox"/> Monitoração   | <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso | <input type="checkbox"/> Cardioscópio         | <input checked="" type="checkbox"/> Oxicapnógrafo |
| <input type="checkbox"/> Sondagem Vesical         | <input type="checkbox"/> S. Foley Nº _____            | <input type="checkbox"/> S. Nelaton Nº _____  | <input type="checkbox"/> Vol. _____               |
| <input type="checkbox"/> Sondagem Gástrica        | <input type="checkbox"/> SN Enteral Nº _____          | <input type="checkbox"/> SN Gástrica Nº _____ | <input type="checkbox"/> Vol. _____               |
| <input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa | <input type="checkbox"/> Jelco Nº _____               | Local <u>Venae Peripheriae</u>                |   |
| <input type="checkbox"/> Punção Arterial          | <input type="checkbox"/> Jelco Nº _____               | Local _____                                   |   |
| <input type="checkbox"/> Intubação Traqueal       | <input type="checkbox"/> Oral Tubo nº _____           | <input type="checkbox"/> Nasal Tu nº _____    | Início: ____ h Término: ____ h                    |
| <input type="checkbox"/> Garroteamento            | Local: _____  |   |   |
| <input type="checkbox"/> Raio X                   | <input type="checkbox"/> Tórax                        | <input type="checkbox"/> Abdome               | <input type="checkbox"/> Outros _____             |
| <input type="checkbox"/> Imobilização             | <input type="checkbox"/> Faixa                        | <input type="checkbox"/> Gesso                | <input type="checkbox"/> Local _____              |
| <input type="checkbox"/> Hemotransfusão           | <input type="checkbox"/> C. de Hemácias               | Vol. _____                                    | Hora: ____ : ____                                 |
|   | <input type="checkbox"/> Plasma                       | Vol. _____                                    | Hora: ____ : ____                                 |
|   | <input type="checkbox"/> Plaquetas                    | Vol. _____                                    | Hora: ____ : ____                                 |
| Outros: _____                                     |   |   |   |

Implantes \_\_\_\_\_

Explantes \_\_\_\_\_

Greno.....

Sucção nº \_\_\_\_\_  Torácico nº \_\_\_\_\_  Kher nº \_\_\_\_\_  Tubular

Laminar

Penrose

Curativo.....

Oclusivo

Compressivo

Esparadrapo

Faixa de Crepe

Outros \_\_\_\_\_

Micropore

Perdas sanguíneas Vol \_\_\_\_\_

Compressas Oferecidas \_\_\_\_\_ Recolhidas \_\_\_\_\_

Cultura(s) \_\_\_\_\_

Peça(s) Anatômica(s) \_\_\_\_\_



Paciente: 8333409 - CHRISTIANO DUARTE PEREIRA  
Nome Social: Leitor LOSI 11/02/2000 Horas 14:42 - Tel: 6199651173  
Medico: DIMAS DAIRFFO Clínica CLINICA MEDICA  
Convenio: AMIL/BASIC AMIL Idade: 44 Anos

Paciente: CHRISTIANO DUARTE PEREIRA

Data: 13/02/2000 Sala: \_\_\_\_\_

Registro: \_\_\_\_\_ Convênio: \_\_\_\_\_

Cirurgia: \_\_\_\_\_ + CONSULTA DE CIRURGIA  
+ CONSULTA DE CIRURGIA + CONSULTA DE CIRURGIA

Cirurgião: Airton Alves Anestesista: Celso França

Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

Auxiliar: Isaura Pires Pediatra: \_\_\_\_\_

Instrumentador: Isaura Cardiologista: \_\_\_\_\_

Anestesista: \_\_\_\_\_ ASA: 1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5( )

Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

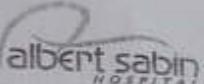
Cirurgia Extra - Corpórea: Sim ( ) Não ( )

Perfusionista: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

Descrição: D- BOMBA 67 mm + MÍSCERA 370 ml

**AIRILAN FALVES**  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM 22472 - TECR 16675 - RQE 9063





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA  
DE ENFERMAGEM

- CHRISTIANO DURANTE PEREIRA  
Nome Social: LeitorLS01 11/02/2020 Horário: 14:42 - Tel: 8198653177  
Medico: DIMAS CAIAFFO Clínica: CLÍNICA MÉDICA  
Convênio: AMIL/BASIC AMIL Idade: 44a78

DIAGNÓSTICO		PREScrição	DRÁTICO
<b>INTROCIDADE DA PELE PREJUDICADA</b> <input type="checkbox"/> Relacionado a: <input checked="" type="checkbox"/> - Infecção <input type="checkbox"/> - Alteração física prescrita <input checked="" type="checkbox"/> - Outro		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar mudança de queimadura</li> <li>- Remover curativos da lesão.</li> <li>- Aplicar pomada ou creme e moliédo.</li> <li>- Realizar massagem no conforto.</li> <li>- Monitorizar a pele e cicatrizar.</li> </ul>	
<b>DÉFICIT NO AUTO-CUIDADO</b> <input type="checkbox"/> Relacionado a: <input checked="" type="checkbox"/> - Motivação prejudicada <input type="checkbox"/> - Dor <input type="checkbox"/> - Ansiosa <input type="checkbox"/> - Comorbidades clínicas e emergências		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar higiene oral com enxaguante bucal.</li> <li>- Auxiliar paciente com auxílio de referências com enxaguante bucal.</li> <li>- Orientar auxiliar banho de espaldas.</li> <li>- Realizar banho no leito.</li> <li>- Realizar massagem de conforto com hidratante corporal.</li> <li>- Prevenir risco de quedas, mantendo os gretes no leito.</li> </ul>	
<b>DOR ( ) Crônica ( ) Aguda.</b> <input type="checkbox"/> Relacionado a: <input type="checkbox"/> - Patologia de base <input type="checkbox"/> - Processo cirúrgico <input type="checkbox"/> - Outro		<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Anotar localização e características da dor.</li> <li>- Aplicar escala de dor quando possível de dor e registrar escala.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Administrar medicamento conforme prescrição.</li> <li>- Realizar a dor de 30 a 60 mm aquela e administrar a medicação. Em caso de persistência, comunicar ao médico.</li> </ul>	
<b>RISCO DE INFECÇÃO</b> <input type="checkbox"/> Relacionado a: <input type="checkbox"/> - Quebra de técnica <input type="checkbox"/> - Sistema imunológico comprometido <input type="checkbox"/> - Quimioterapia <input type="checkbox"/> - Dispositivos inseridos no paciente		<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Higienizar as mãos antes e depois procedimentos.</li> <li>- Utilizar técnicas asepticas em procedimentos.</li> <li>- Avaliar temperatura <input checked="" type="checkbox"/> ( ) °C, registrar e comunicar alterações maior que 37,5°C.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Avaliar, registrar e comunicar possibilidade de sítios fisiológicos em fúncionamento.</li> </ul>	
<b>RISCO DE FLEBITE</b> <input type="checkbox"/> Relacionado a: <input type="checkbox"/> - Punição venosa <input type="checkbox"/> - Medicamentos		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar troca do site de punção dos pacientes usuários de drogas em no máximo 24 horas, quanto possível.</li> <li>- Realizar troca do site de punções a cada 72 horas.</li> <li>- Realizar a troca do site de equívoco a cada 72 horas.</li> <li>- Utilizar repelente em febre de:</li> <li>- Realizar curativos venosos com técnica aseptica.</li> </ul>	
<b>PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ</b> <input type="checkbox"/> Relacionado a: <input type="checkbox"/> - ITI		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter descanço elevado a <input type="checkbox"/> graus.</li> <li>- Aspirar via aérea superior com técnica asséptica BIPAP.</li> <li>- Avaliar padrão respiratório de <input type="checkbox"/> / min. Registrar e comunicar ao médico responsável.</li> </ul>	
<b>RISCO DE ASPIRAÇÃO</b> <input type="checkbox"/> Relacionado a: <input type="checkbox"/> - SNE		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter circuito a 45° caso não haja contra indicação para pacientes em uso SNG, SNE, TOT, TOT.</li> <li>- Suspender a dieta durante encaminhamento de manutenção extrema.</li> <li>- Observar distorção olho/engasgo durante dia.</li> </ul>	
<b>( ) NAUSEAS ( ) VÔMITOS</b> <input type="checkbox"/> Relacionado a: <input type="checkbox"/> - Quimioterapia <input type="checkbox"/> - Medicamentos <input type="checkbox"/> - Outro		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar / manter descanço elevado por duas horas após as refeições.</li> <li>- Avaliar, registrar e comunicar frequência e características dos vômitos.</li> <li>- Administrar medicação conforme prescrição. Comunicar ao médico responsável caso não haja prescrição.</li> </ul>	
<b>( ) DIARRÉIA ( ) CONSTIPAÇÃO</b> <input type="checkbox"/> - RETENÇÃO URINÁRIA ( ) DRENAGENS <input type="checkbox"/> Relacionado a: <input type="checkbox"/> - Procedimentos cirúrgicos <input type="checkbox"/> - Medicamentos <input type="checkbox"/> - Processo infecional <input type="checkbox"/> - Alteração renal		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar frequência e características das eliminações fecais/gases.</li> <li>- Medir diurese.</li> <li>- Realizar balanço hídrico.</li> <li>- Anotar características e volume de drenagens.</li> </ul>	
<b>RISCO DE SANGRAMENTOS</b> <input type="checkbox"/> Relacionado a: <input type="checkbox"/> - Quimioterapia <input type="checkbox"/> - Patologia de base <input type="checkbox"/> - Outro		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar presença de sangramento ativo.</li> <li>- Realizar orofaringe.</li> <li>- Realizar curativo compressivo.</li> </ul>	
<b>OUTROS</b> <i>Exame de sangue e urina sem alteração</i>			

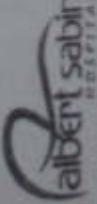
CÓD. 756673

DATA 12/02/2020

ASS. ENF.

Fetima Souza  
Enfermeira  
AREN 361.044





PACIENTE:  
Márcio Deivid Pinho

### PRESCRIÇÃO

REGISTRO:

8532583

DATA:

13/02/2020

SETOR:

SND.

MÉDICO:

AHLC

HORÁRIO:

### PRESCRIÇÃO MÉDICA - DOSE - VIA DE ADMINISTRAÇÃO

- 1) Buta VO p/ MAS
- 2) Colosteno 16,01 FA + AB - EV - 66h
- 3) Ipratrop 40mg + 0,1 emp. VO p/ mundo (yf)
- 4) Dipena 16,05 mg + AB - EV - 66h
- 5) Transtol 100mg elox + ST 257.300~ - EV 8/14 SIN
- 6) Andolipex 10,05 mg ev 8 - VO 05x 000 dose
- 7) Benetol 50mg os comp - VO - 12/12h.
- 8) Ativace 0,1 mg - os comp - VO, x 10s 2400 ou 1AB > 1000, 14/5/2
- 9) Bumectina 1mg dia comp SF 0,3% - 300 ml - EV - 8/8h SIN
- 10) CGG + SSYK

14/02/2020

D. curativo no cossido com adesivo  
D. curva 125g dia

06/02/2020  
Grau II  
Grau II  
Grau II

Albert Sabin  
Farmácia e Distribuição de Medicamentos



HOSPITAL  
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA  
DE ENFERMAGEM

Paciente:9532589 - CHRISTIANO DUARTE PEREIRA  
Nome Social:  
Nc Leito:1051 11/02/2020 Hora:14:42 - Tel: 91786531735  
Dc Medico: DIMAS CAIARFO Clinica:CLINICA MEDICA  
Cc Convênio: AMIL/BASIC AMIL Idade:44Anos  
M

DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
<input checked="" type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relacionado a:</li> <li>- Infecção</li> <li>- Mobilidade física prejudicada</li> <li>- Outros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- realizar mudança de decúbito _____ h.</li> <li>- remover curativo da lesão _____ vezes ao dia.</li> <li>- Higiene íntima após eliminações.</li> <li>- realizar massagem de conforto com _____ h. registrar e comunicar alterações.</li> <li>- Inspecionar a pele e cédo.</li> </ul>	
<input checked="" type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO-CUIDADO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relacionado a:</li> <li>- Mobilidade prejudicada</li> <li>- Dor</li> <li>- Astenia</li> <li>- Complicações clínicas e cirúrgicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar higiene oral com enxaguante bucal.</li> <li>- Auxiliar higiene oral após as refeições com enxaguante bucal.</li> <li>- Orientar / auxiliar banho de aspergulação.</li> <li>- Realizar banho no leito.</li> <li>- Realizar massagem de conforto com hidratante corporal.</li> <li>- Prevenir feto de queda, elevando as grades do leito.</li> </ul>	
<input checked="" type="checkbox"/> DOR ( ) Crônica ( ) Aguda.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relacionado a:</li> <li>- Patologia de base</li> <li>- Processo cirúrgico</li> <li>- Outros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anotar localização e características da dor.</li> <li>- Aplicar escala de dor, quando possível de dor e registrar score.</li> <li>- Administrar medicação conforme prescrição.</li> <li>- Reavaliar a dor de 30 a 60 min após a administração de medicação. Em caso de persistência, comunicar ao médico.</li> </ul>	
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relacionado a:</li> <li>- Querura da técnica</li> <li>- Sistema imune comprometido</li> <li>- Quimioterapia</li> <li>- Dispositivos inseridos no paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Higienizar as mãos antes e após procedimentos.</li> <li>- Utilizar técnica aseptica em procedimentos.</li> <li>- Avaliar temperatura <u>66</u> h. registrar e comunicar alterações maior que 37,8°C.</li> <li>- Avaliar, registrar e comunicar presença de sinais fisiológicos em dispositivo.</li> </ul>	<p align="center"><i>ATC</i></p> <p align="right"><u>12 12 24 06</u></p> <p align="right"><u>12 12 24 06</u></p>
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE FLEBITE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relacionado a:</li> <li>- Puncão venosa</li> <li>- Medicamentos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar troca do site de punção dos pacientes procedentes da emergência em no máximo 24 horas, quando possível.</li> <li>- Realizar troca do site de punção a cada 72 horas.</li> <li>- Realizar a troca do equipo a cada 72 horas.</li> <li>- Utilizar reperfí gel em fáscia de _____ h.</li> <li>- Realizar punção venosa com técnica aseptica.</li> </ul>	<p align="center"><i>ATC</i></p>
<input checked="" type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relacionado a:</li> <li>- ITI</li> <li>- Secreção</li> <li>- Dor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter decúbito elevado a _____ graus.</li> <li>- Auscultar vias aéreas superiores com técnica aseptica S/N.</li> <li>- Avaliar padrão respiratório de _____ h. Registrar e comunicar ao médico responsável.</li> <li>- Instalar oligonterapia conforme prescrição médica.</li> </ul>	
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relacionado a:</li> <li>- ENE</li> <li>- Presença de TQT e TOT</li> <li>- Deglutição prejudicada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter decúbito a 45° caso não haja contra indicação para pacientes em uso: SNG, SHZ, TOT, TQT.</li> <li>- Suspender a dieta durante procedimentos de manutenção extrema.</li> <li>- Observar distonia e/ou engasgo durante tétula.</li> </ul>	
<input checked="" type="checkbox"/> NAUSEAS ( ) VÓMITOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relacionado a:</li> <li>- Quimioterapia</li> <li>- Medicamentos</li> <li>- Outros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar / manter decúbito elevado por duas horas após as refeições.</li> <li>- Avaliar, registrar e comunicar frequência e características dos vômitos.</li> <li>- Administrar medicação conforme prescrição. Comunicar ao médico responsável caso não haja prescrição.</li> </ul>	
<input checked="" type="checkbox"/> DIARRÉIA ( ) CONSTIPAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relacionado a:</li> <li>- Procedimentos cirúrgicos</li> <li>- Medicamentos</li> <li>- Processo infecções</li> <li>- Alteração renal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar frequência e características das eliminações fisiológicas.</li> <li>- Medir diurese.</li> <li>- Realizar balanço hídrico.</li> <li>- Auscultar características e volume da drenagem.</li> </ul>	
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relacionado a:</li> <li>- Quimioterapia</li> <li>- Patologia de base</li> <li>- Outros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar presença de sangramento ativo.</li> <li>- Realizar cateterismo.</li> <li>- Realizar curativo compressivo.</li> </ul>	
OUTROS			

COD. 756673

DATA 12/02/2020

~~100% FINE~~ ASS. FINE

2455 2

REGISTRO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

PLANTÃO DIURNO

PLANTÃO NOTÍCIA

SINAG VITAS:

	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7
PA						100						
FR						20						
T						35	65					
P						100						
Dor						-						

100

109

#### ANOTACÕES:

S102

REGISTRO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

Data  $\frac{3}{10}$   $\frac{1}{10}$   $\frac{1}{10}$

B. 1996, 1997

卷之三

**REGISTRO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM:**  
Processo: 00000000000000000000000000000000  
Nome: Flávia da Cunha S. P. N.º 1390 Met.  
Sexo: fem. Encaminhado ao PC. N.º 1390  
Recto do SS, exame de massa, ouvidado,  
visto SS, realizado medicacel de hemicrâneo  
segue pelos peritos que realizaram o exame e fez o  
relatório que consta que o paciente foi submetido  
a exame, realizado no dia 21 de maio, o exame  
foi realizado com anamnese sugue que o paciente

~~COD. 756673~~



EVOLUÇÃO  
MÉDICA

Paciente 00000000000000000000000000000000 - CHRISTIAN DUARTE PEREIRA  
Nome Social: Christian Duarte Pereira  
Licitado 000 31/02/2020 Referência: Tel: 61706551776-14462  
Medico: EDSON CARAPPA Clínica: CLÍNICA MÉDICA  
Convenio: AML/BRASIL AML Endereço: Rua das Flores, 44499

COD. 758677

Rua Senador José Henrique, 141, Ilha do Leite - Recife PE  
09 886-2940001-03 Cep 50070-460 (81) 3131-7400

Digitalizado com CamScanner



Colar etiqueta de identificação

annexer se n'a pas souvent étiqueté

Nome do paciente: Christyan Duarte Reis

Nº do registro \_\_\_\_\_

Leito \_\_\_\_\_

Fascículo 5571569 - CONSISTÂNCIA DURANTE PEREIRA

Page 8 of 8

181221-051 11/02/2020 0000000000 - Tel: 012865011357

**BRUNO RAIMONDI** **BRUNO RAIMONDI**

Convenient XML BASIC API Date: 144398

ପ୍ରକାଶକ

fx 25 215cmo 882

~~psnor en p<sup>re</sup> op lomm  
pmr en m<sup>u</sup>~~

~~books on the shelf~~

**ALVES AIRILAN**  
Ortopedista e Traumatóloga  
CRM-2247 - TECR 156.75 - COE 9988

DIS 12/02/2020  
DIS 12/02/2020  
DIS 12/02/2020

13102120

~~• 91500545~~

names for their obvious  
forms or colors & names  
given as descriptions of other  
⑤

5

AIRLLAN ALVES  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM 22472 - TEC 16675 - RQE 9953

14/02/2020

more about our  
new house

COD. 758577

Rua Senador José Henrique, 141, Ilha do Leite - Recife PE  
09 885-2940001-03 Cep 50070-460 (81) 3131-7400

**AIRILAN ALVES**  
Ortopedista & Traumatologista  
CRM-22477 - TECR 16675 - RQE 95%



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NÚMERO: 7.702.809 DATA DE EXPEDIÇÃO: 03/10/2015

NOME: << EDIPO RODRIGUES DA SILVA >>

FILIAÇÃO:

<< ÁLVARO RODRIGUES DA SILVA >>  
<< MARIA APARECIDA DE MELO >>

NATURALEZA: JABOTACATÃO DOS GUARARAPES - PE DATA DE NASCIMENTO: 03/12/1987

EXPEDIDOR: << 073478 01 55 2015 2 00035 140  
0006940 60 RECIFE-PE >>

CNPJ: 116.211.534-36 Assinatura do(a) Alvaro  
Assinatura do(a) Maria Aparecida de Melo  
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/06/83  
1515583680510161943.6541308 F-66 58.621 - 4433



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
**116.211.534-36**

Nome  
**EDIPO RODRIGUES DA SILVA**

Nascimento  
**03/12/1987**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO