

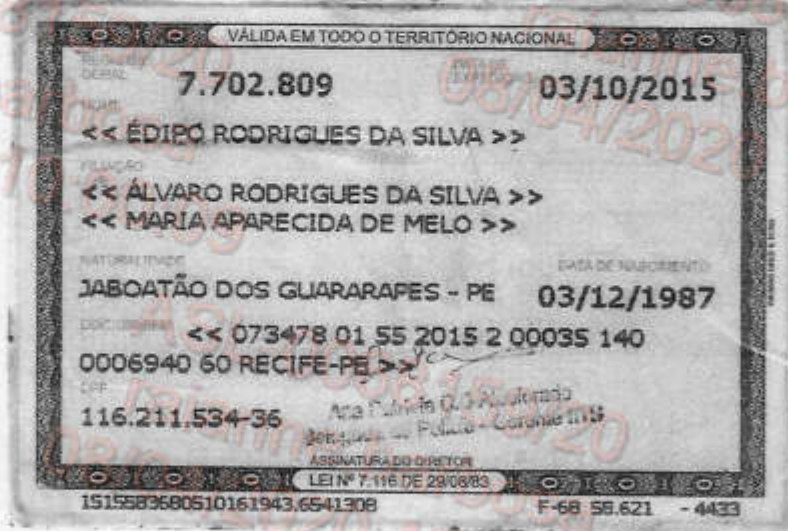
ASL-0068159/20  
raianne.barbosa  
08/04/2020 10:00:09

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

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

 **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**

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: Edipeo Pedriques da Silva  
Data do Acidente: 18/11/19 CPF 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 - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☐ 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. (pais ou tutor)

### PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data: \_\_\_\_\_  
Identidade: Edipeo Pedriques  
Assinatura: \_\_\_\_\_

### MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

#### DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- ☐ 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)  
☐ Relatório do médico assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (cópia simples e legível)  
☐ Comprovantes (originais e legíveis) das despesas médicas hospitalares quitadas  
☐ Notas fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receituário médico (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. (pais 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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.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

### RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data: 19/11/19  
Nome: Q. B. Silva  
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): Capitais 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 da Silva

Nome do solicitante:

Data da solicitação: 06.04.2020  
DD/MM/AA

CPF do beneficiário: 116.233.534-36

CPF do solicitante:

### DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 997540911

Tel. Comercial: ( )

Tel. Residencial: ( )

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) documento(s) estão sendo entregues:

☐ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

[DESCREVER]

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

Informe que foi estab. de alta definitiva, não tendo nenhum tratamento para fazer e nenhum novo documento.

06.04.2020

Local e Data

Edipo Rodrigues da Silva

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rgo)

### 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 pedido (a seu rgo).



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

### IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima:	Edipe Rodrigues da Silva		
Data do Acidente:	18/11/19	CPF da vítima:	
Portador da documentação:			
Qualificação do Portador:	<input type="checkbox"/> Vítima <input type="checkbox"/> 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 - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☐ 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. (pais ou tutor)

### PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data:	
Identidade:	Edipe Rodrigues
Assinatura:	

### MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

#### DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- ☐ 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)
- ☐ Relatório do médico assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovantes (originais e legíveis) das despesas médicas hospitalares quitadas
- ☐ Notas fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receituário médico (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. (pais 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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.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

### RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data:	18/11/19
Nome:	D. B. Silva
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 cirurgica no punho direito, realiza flexão a cerca de 30 graus, extensão a 20 graus, deficit de força grave, hipotrofia local.

**Resultados terapêuticos:** osteossintese na fratura de punho, suporte clínico para o TCE, ainda em fiioterapia 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

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 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

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



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0068159/20

**Vítima:** EDIPO RODRIGUES DA SILVA

**CPF:** 116.211.534-36

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

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

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

**CPF de:** Próprio

## 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

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

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

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

**CPF de:** Próprio

## 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:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA:

AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo 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.

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

34

Impressão digital 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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



**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 orientado ao exame, sem déficit 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, déficit de força grave, hipotrofia local.*

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

[ ☒ ] 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 [ ☒ ] 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

---

**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



---

**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



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 25%) 12,50%

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

Recebedor: EDIPO RODRIGUES DA SILVA

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](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: 116.211.534.36 4 - Nome completo da vítima: Edipo Rodrigues do 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 do Silva 6 - CPF: 116.211.534.36  
7 - Profissão: Camão 8 - Endereço: TV Guoraciaba 9 - Número: 79 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Gólib 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 51.290-501  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 99141011

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0047 CONTA: 35276  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo 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.

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

34

Impressão digital 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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife 18 de fevereiro 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (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: 116 211.534.36 Edipo Rodrigues do 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 do Silva 6 - CPF: 116.211.534.36  
7 - Profissão: Camarão 8 - Endereço: TV Guoracioba 9 - Número: 79 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Solha 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 51.290-501  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 99141011

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0047 CONTA: 35276 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo 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.

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

34

Impressão digital 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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife 18 de fevereiro 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0100002713**

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

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

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:  
DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)  
ÉDIPRO RODRIGUES DA SILVA (VÍTIMA)

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): **ÉDIPRO RODRIGUES DA SILVA**

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

**ÉDIPRO RODRIGUES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA APARECIDA DE MELO**  
Pel: **ÁLVARO RODRIGUES DA SILVA** Data de Nascimento: **3/12/1987** Naturalidade: **JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **INL PARA EXAME DE CORPO DELITO**  
Endereço Residencial: **RUA REMANSO, 23, UR 04 - CEP: 55000-000 - Bairro: COHAS - 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): **ÉDIPRO RODRIGUES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ÉDIPRO 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 MAO E O ATROPELOU. O VEICULO BATEU NO CICLISTA E O DERRUBOU PROXIMO 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

.....

**ÉDIPO RODRIGUES DA SILVA**  
(VITIMA)

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





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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0100002713**

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

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

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)  
ÉDIPRO RODRIGUES DA SILVA (VÍTIMA)

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): **ÉDIPRO RODRIGUES DA SILVA**

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

**ÉDIPRO RODRIGUES DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA APARECIDA DE MELO**  
Pai: **ÁLVARO RODRIGUES DA SILVA** Data de Nascimento: **3/12/1987** Nacionalidade: **JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **INL PARA EXAME DE CORPO DELITO**  
Endereço Residencial: **RUA REMANSO, 23, UR 04 - CEP: 55000-000 - Bairro: COHAS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, ESCADARIA**

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

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

**BICICLETA (BICICLETA)** de propriedade do(a) Sr(a): **ÉDIPRO RODRIGUES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ÉDIPRO 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 MAO E O ATROPELOU. O VEICULO BATEU NO CICLISTA E O DERRUBOU PROXIMO 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

**ÉDIPPO 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: 116.211.534.36 4 - Nome completo da vítima: Edipo Rodrigues do 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 do Silva 6 - CPF: 116.211.534.36  
7 - Profissão: Camo 8 - Endereço: TV Guoraciaba 9 - Número: 79 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Gethab 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 51.290-501  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 99141011

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0047 CONTA: 35276  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

34

Impressão digital 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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife 18 de Janeiro 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (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 (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo 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.

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(a) ao 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 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)

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

BRDESCO3004202005000000000023703202000000516943168750 PAGO



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

**NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902  
CNPJ 10.833.932/0001-09 | Insc. Est. 0001943-03 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**

LINDALVA MARIA DOS SANTOS  
R. A. POLICLINICA DO IBURA

CPF: 015.842.694-94

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
TV GUARATUBA 73

CONHECIMENTO  
RECIFE PE  
51290-501

**CLASSIFICAÇÃO**  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

Nº METERIAL	SERIAL	ENTREGUE
054895151	UNICA	14/11/2019
DATA DE INÍCIO	Nº DO CONTRATO	Nº DA FATURA
14/11/2019	2007732952	2980056

CONTA CONSUMO	PERÍODO
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**

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	31.000.000	0,594 / kWh	17,37
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,25
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,61
Multa por atraso - RF 077473269 - 14/09/19			0,21
Juros por atraso - RF 077473269 - 14/09/19			0,06

TOTAL DA FATURA

18,50

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
00503556	1-AT	15-09-2019 7.250,00	14-11-2019 7.280,00	31	1.100,00		22,00

**HISTÓRICO DE CONSUMO**

MÊS	CONSUMO (kWh)
OUT 19	30
NOV 19	30
DEZ 19	30
JAN 20	30
FEB 20	30
MAR 20	30
ABR 20	30
MAY 20	30
JUN 20	30
JUL 20	30
AUG 20	30
SET 20	30

**RECONSTRUÇÃO DE TENDÊNCIAS**

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	18,20	0,90
PIS	16,20	0,36
COFINS	16,20	0,36

Faturado pelo sistema de base - Custo do Consumidor, Artigo 58, Resolução ANEEL 414/2010

Consumo estimado

DADOS APLICADOS

0,594 / kWh

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



**CELPE**

**NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Rios Vistas, Recife - PE CEP 50050-902  
CNPJ 19.833.932/0001-06 / Insc. Est. 0001943-03 / www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**

LINIELVA MARIA DOS SANTOS  
R. A. P. OLÍMPIA DO IBURA

CNPJ 015 842 894-94

**CLASSIFICAÇÃO**  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
TV GUARATUBA 73

CONTRIBUÍDO  
RECEITA  
51290-501

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
08483151	UNICA	14/11/2019
PERÍODO DE CONSUMO	Nº DO CONTRATO	Nº DA LICENCIATURA
14/11/2019	2007732952	2980056

CONTA CONTINUA	VALIDADE
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**

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	31,0000000	0,57471870	17,97
Adicional Bandeira AMARELA			0,25
Adicional Bandeira VERMELHA			0,61
Multa por atraso - NF 077473368 - 14/09/19			0,21
Juros por atraso - NF 077473368 - 14/09/19			0,06

TOTAL DA FATURA

18,50

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
80593556	1-AT	15-09-2019 7.280,00	14-11-2019 7.280,00	61	1,11639		21,00

**DETALHAMENTO DE CARGOS**

PERÍODO	VALOR (R\$)
OUT 19	30
NOV 19	30
DEZ 19	30
JAN 20	30
FEB 20	30
MAR 20	30

**RECONSTITUIÇÃO DE TRIBUTOS**

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	18,21	0,92
PIS	16,21	4,38
COFINS		9,77

Faturado pela empresa de faturação - Cálculo do Consumidor, Artigo 58, Resolução ANEEL 414/2010

Valor em reais (R\$)

DATA DE EMISSÃO

14/11/2019



## FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Registro Nº 111.096 Hora: 19:07 Recepcionista 6089  
 Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Distrito Sanitário: \_\_\_\_\_ Data: 18 NOV 2019

## Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Nome: EDILSON RODRIGUES DA SILVA  
 Data de Nascimento: 34 ANOS Sexo: ☒ M - Masc. ( ) F - Fem. ( ) I - Ignorado  
 Raça/Cor: ☐ 1-Branca ☐ 2-Preta ☒ 3-Parda  
☐ 4-Amarela ☐ 5-Indígena  
 Estado Civil: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
 Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
 Endereço: REMANSO Número: 23 Complemento: Recife CEP: \_\_\_\_\_  
 Bairro: UR. 04 Município: \_\_\_\_\_ UF: PE  
 Acompanhante: \_\_\_\_\_  
 Procedência: \_\_\_\_\_ Meio de Transporte: F. 98415-7902  
 HDA: Paciente vítima de colisão bicicleta / carro há aproximadamente 01 hora. Não com  
bidas.  
 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 ( )  
 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 Reg. Peso: Ø Estatura: Ø Temp: Ø °C  
Couxinha, ombros, costas, acústico, sem edema em punho direito.  
 B: Respiratório  
MVØ em AAT, SIRA.2

C: Cardiovascular	Pulso $\emptyset$	bpm	PA: $\emptyset$	mmhg
RUE em 2T, BNF 5/segro. 2			Fino no pulmão d.	
D: Exame Neurológico: EG 15.7			+ Escotor pre.	
E: Abdomen Sem alterações.			⇒ FC 80 c/min.	
Diagnóstico Inicial: ① Politrauma.			cordeiro s/ fômites	
Exames Solicitados:			81 de Alcool no	
			Tireoide	
			EG 10pts no laboratório	
			de hemograma	

#### Tratamento / Procedimentos:

Como paciente politraumático, encaminhado a urgência com radiografia e separar.

① Dipirona 500mg/ml, Olamp, EV, agora. 2 Razone

+ 100 mg de morfina

Rayanne Ingrid Medeiros de Abreu  
Médica  
CRM-28132

Atento paciente com fratura fechada em membro direito 19:40

22h - conse. orientado. Col: ① profundidade de anestesia  
veja vômito, veja eficiência ② Imobilizar membro direito

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ PA - 130 x 70  
FC 70 21.00  
S202-97

Assinatura Conselho Nº

Diagnóstico Definitivo: ① Politrauma		HGV ortopédia	
( ) Alta / Melhorado	( ) Internamento	( ) Transferência	( ) Óbito
Transferido para: transf. pl. HGV.		5817, 952	
Médico: Remigot -		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:

23h 20 Paciente e acompanhante relatam que não vão seguir tratamentos. Paciente evoluiu de 10 semir mesmo após explicado sobre riscos

**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****SENHA: N141**

19/11/2019 - MONIKE MUNIZ

**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.ª MONIKE MUNIZ DE SIQUEIRA**  
COREN : 340678





**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 COLISÃO BICICLETAX CARRO HÁ 1 DIA. REFERE 1 EPSÓDIO DE SICOPE. NEGA VÔMITOS E DEMAIS SINTOMAS. NEGA ALERGIA E ETILISMO

### Exame Físico:

EGRGE, COTE, EUPENICO, ACIANOTICO, AFEBRIL  
SN: ECG15, SEM DEFCIT 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.

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

**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 COLISÃO BICICLETA X CARRO HÁ 1 DIA. REFERE 1 EPSÓDIO DE SICOPE. NEGA VÔMITOS 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

### CONDUCTA:

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 APOS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO 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 HORARIO 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 18806  


JABOATÃO DOS GUARARAPES, 28 DE NOVEMBRO DE 2019

---

MEDICO: MARIA APARECIDA LAURIANO DE LIRA



## FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Registro Nº 111.096 Hora: 19:07 Recepcionista 6089  
 Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Distrito Sanitário: \_\_\_\_\_ Data: 8 NOV 2019

## Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Nome: EDILSON RODRIGUES DA SILVA  
 Data de Nascimento: 34 ANOS Sexo: (X) M - Masc. ( ) F - Fem. ( ) I - Ignorado  
 Raça/Cor: ☐ 1-Branca ☐ 2-Preta ☒ 3-Parda  
☐ 4-Amarela ☐ 5-Indígena

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: REMANSO Número: 25 Complemento: Recife CEP: \_\_\_\_\_

Bairro: UR. 04 Município: \_\_\_\_\_ UF: PE

Acompanhante: \_\_\_\_\_

Procedência: \_\_\_\_\_ Meio de Transporte: F. 98415-7902

HDA: Paciente vítima de colisão bicicleta / carro há aproximadamente 01 hora. Neg. comen-  
bidas.

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 ( )  
 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 Reg. Peso: Ø Estatura: Ø Temp: Ø °C

Couxim, ombros, coxas, acústico, sem edema em punho direito.

## B: Respiratório

MVO em AAT, SIRA. 2



C: Cardiovascular	Pulso $\emptyset$	bpm	PA: $\emptyset$	mmhg
RUE em 2T, BNF 5/segro. 2			Fino no pulmão + Sístole pul.	
D: Exame Neurológico: ECG 15.7			⇒ FC 80 c/min. coração s/ fômites	
E: Abdomen Sem alterações.			stbr Abundante	
Diagnóstico Inicial: ① Politrauma.			Tórax ECG 10p5 pulso ok	
Exames Solicitados:			1. Hemograma	

#### Tratamento / Procedimentos:

Como paciente politraumático, encaminhado a urgência com radiografia e separar.

① Dipirona 500mg/ml, Olamp, EV, agora. 2 Raizuma

400g de leite.

Rayanne Ingrid Medeiros de Abreu  
Médica  
CRM-28132

Alto paciente com fratura fechada em  
membro direito 19:40

22h - conse. orientado. Col: ① profund. de anest. Tor  
veja vômito, veja eficiência  
por em pulso D.

Data: 1/1/19 PA - 130 x 70

FC 70 21.00  
saturação 97

SGO 500g / 2a  
STO 500g / 2a

Assinatura Conselho Nº

#### Diagnóstico Definitivo:

1. Trauma

Correlação

( ) Alta / Melhorado ( ) Internamento

Transferido para: transf. pl. HAV  
amb. em urgência

Médico: Remigio

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: 1/1/19 Nome Completo Legível

Nº da Identidade:

Assinatura:

Paciente evoluiu se  
do semio mesmo após  
aplicado 800g de rolos





**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

**SENHA: N141**

19/11/2019 - MONIKE MUNIZ

**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.ª 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.

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





**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 CEFALEIA EM REGIÃO OCCIPITAL E DOR EM PUNHO DIREITO HÁ 1 DIA, APÓS VÍTIMA DE COLISÃO BICICLETAX CARRO HÁ 1 DIA. REFERE 1 EPSÓDIO DE SICOPE, NEGA VÔMITOS E DEMAIS SINTOMAS. NEGA ALERGIA E ETILISMO

### Exame Físico:

EGRGE, COTE, EUPENICO, ACIANOTICO, AFEBRIL  
SN: ECG15, SEM DEFCIT 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.

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



**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 COLISÃO BICICLETA X CARRO HÁ 1 DIA. REFERE 1 EPSÓDIO DE SICOPE. NEGA VÔMITOS 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 PERÍODO 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 HORARIO MARCADO ABAIXO.

**CID-10:** S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÂDIO

**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 18806

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 28 DE NOVEMBRO DE 2019

MEDICO: MARIA APARECIDA LAURIANO DE LIRA



CHAS-AVAL-001.V1

**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

Fui 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.

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

**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  
doe Social: - Tel: 01906531731  
11/05/2020 Hora: 14:42

**Where Social:**

Leito:L051 11/02/2020 Hora:14:42

Medico: DIMAS CALAFFO

Convegno: ANIL/BASIC ANIL  
Idade: 44a9n

Tel: 01986531731

11/07/2020 Hora:14:42

CLINICA: CLINICA MEDICA

Idade: 4429m

## PRESCRIÇÃO

**REGISTRO:**

**DATA:**

UWA 8532478

11/02/2020

CONVÊNIO

MÉDICO:

SECTOR:

April

**HORÁRIO**

- VIA DE ADMINISTRAÇÃO

	SNT	<del>18</del>	<del>10</del>	<del>10</del>	<del>10</del>
① Dito vo biva					
② Ila hipocistado					
③ Piperao Ag + AD EV 6/6 horas					
④ Fernal 10mg + 100ml 5F097 EV 3/N					
⑤ Inesautara 50mg - o/c p vo 12/12 horas					
⑥ Clonidril 25mg - o/c p vo 12/12 horas					
⑦ Plasil 40mg + AD EV 8/8 h 3/N					
⑧ Magnin 9alo juma da msc					
⑨ Quorodindia xamem para opuntias					
⑩ 44VV + c66					
⑪ Aos unidades do Dr. Avelas					

*Dr. Dimes C. Chaffo*  
Enrolled Agent  
GMA 2018

Amplitude Modulation



<input type="checkbox"/> BOMBA DE INFUSÃO		<input type="checkbox"/> OXÍMETRO		<input type="checkbox"/> MONITOR CARDÍACO		<input type="checkbox"/> MINUZ _____ AS _____ HS _____		<input type="checkbox"/> CONTÍNUO		<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 _____ GAZE _____ ATADURA _____ CM COMPRESSAS _____ MICROPORE _____ ESPARADRAPO _____ DERSANI _____ SF _____ ML			LUVA ESTÉRIL _____ TUBO TRAQUEAL _____ ANEST. SPRAY _____ FITA CARDÍACA _____ GAZE _____ <b>SONDA ENTERAL</b> LUVA (S) _____ GAZE (S) _____ SONDAS N° _____ SERINGA _____			SONDAS N° _____ GAZE _____ LUVA _____ SERINGA _____ ML COLETOR ABERTO _____ <b>PUNÇÃO VEIA PERIFÉRICA</b> JELCO N° _____ ESPARADRAPO _____ ALGODÃO _____ ALCOOL _____			SOAPEX _____ ALGODÃO _____ FRAUDO _____ LPNE _____ SONDA _____ LUVA _____ AD500ML _____ GAZE _____ MÁSCARA _____			SONDAS VESICAIS N° _____ COLETOR FECHADO _____ AD 10 ML _____ SERINGA _____ ML LUVA ESTÉRIL _____ XYLOCALINA GEL _____ GAZE _____ ESPARADRAPO _____ PVPIDEGERMANTE _____			CATETER N° _____ LUVA ESTÉRIL _____ GAZES _____ ANESTÉSICO LOCAL _____ FIO _____ N° _____ EQUIPO SORO _____ EQUIPO PVC _____ SORO _____ SERINGA _____ ML LAMINA N° _____								
<b>EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - DIURNA</b>												<b>EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - NOTURNA</b>											
Pac. admitido na urgência apresenta fratura M5E após colisão de moto contra do MT. EG regular, coerente, orientado verbalmente material p/ exame. nega alteração mediana lateral M5S(+). Acaso perfuro e tomografia 3 dias. Aguarda internamento. HD. Fratura do fêmur seg.																							
Assinatura Assinatura de Enfermagem COPIANTE EXIBIDA																							





Nome do Paciente: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_\_  
Conv.: \_\_\_\_\_  
Médico: \_\_\_\_\_

Paciente: 6532589 - CHRISTIANO DUARTE PEREIRA  
Nome Social: \_\_\_\_\_  
Leito: L051 11/02/2020 Hora: 14:42 - Tel: 8198653175  
Médico: DIMAS CAIAFFO Clínica: CLINICA MEDICA  
Convenio: AMIL/BASIC AMIL Idade: 44a9m

DIAGNÓSTICO		PRES:
<b>INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA</b> Relacionado a: <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada <input type="checkbox"/> Outros: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo da lesão _____ vezes ao dia <input checked="" type="checkbox"/> Higiene íntima após eliminações <input checked="" type="checkbox"/> Realizar massagem de conforto com: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Inspeccionar a pele a cada 24 h, registrar e comunicar alterações.	
<b>DÉFICIT NO AUTO-CUIDADO</b> Relacionado a: <input type="checkbox"/> Mobilidade prejudicada <input checked="" type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Anestesia <input checked="" type="checkbox"/> Complicações clínicas e cirúrgicas	<input checked="" type="checkbox"/> Realizar higiene oral com enaguante bucal <input checked="" type="checkbox"/> Auxiliar higiene oral após as refeições com enaguante bucal <input checked="" type="checkbox"/> Orientar / auxiliar banho de aspersão <input checked="" type="checkbox"/> Realizar banho no leito <input checked="" type="checkbox"/> Realizar massagem de conforto com hidratante corporal <input checked="" type="checkbox"/> Prevenir risco de queda, elevando as grades do leito.	
<b>DOR ( ) Crônica ( ) Aguda.</b> Relacionado a: <input type="checkbox"/> Patologia de base <input checked="" type="checkbox"/> Processo cirúrgico <input type="checkbox"/> Outros: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Anotar localização e características da dor <input checked="" type="checkbox"/> Aplicar escala de dor, quando queixa de dor e registrar score <input checked="" type="checkbox"/> Administrar medicação conforme prescrição <input checked="" type="checkbox"/> Reavaliar a dor de 30 a 60 min após a administração da medicação. Em caso de persistência, comunicar ao médico.	
<b>RISCO DE INFECÇÃO</b> Relacionado a: <input type="checkbox"/> Quebra da técnica <input type="checkbox"/> Sistema imune comprometido <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input checked="" type="checkbox"/> Dispositivos inseridos no paciente	<input checked="" type="checkbox"/> Higienizar as mãos antes e após procedimentos <input checked="" type="checkbox"/> Utilizar técnica asséptica em procedimentos <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar temperatura _____ h, registrar e comunicar alterações maior que 37,8° C. <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar, registrar e comunicar presença de sinais flogísticos em dispositivo.	
<b>RISCO DE FLEBITE</b> Relacionado a: <input checked="" type="checkbox"/> Punção venosa <input type="checkbox"/> Medicamentos	<input checked="" type="checkbox"/> Realizar troca do site de punção dos pacientes procedentes da emergência em no máximo 24 horas, quando possível. <input checked="" type="checkbox"/> Realizar troca do site de punção a cada 72 horas. <input checked="" type="checkbox"/> Realizar a troca do equipo a cada 72 horas. <input checked="" type="checkbox"/> Utilizar repelente em flebite de _____ h. <input checked="" type="checkbox"/> Realizar punção venosa com técnica asséptica.	
<b>PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ</b> Relacionado a: <input type="checkbox"/> ITR <input type="checkbox"/> Secreção <input type="checkbox"/> Dor	<input checked="" type="checkbox"/> Manter decúbito elevado a _____ graus <input checked="" type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas superiores com técnica asséptica S/N. <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar padrão respiratório de _____ h, Registrar e comunicar ao médico responsável. <input checked="" type="checkbox"/> Instalar oxigenoterapia conforme prescrição médica.	
<b>RISCO DE ASPIRAÇÃO</b> Relacionado a: <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Presença de TQT e TOT <input type="checkbox"/> Deglutição prejudicada	<input checked="" type="checkbox"/> Manter decúbito a 45° caso não haja contra indicação para pacientes em uso SNG, SNE, TOT, TQT. <input checked="" type="checkbox"/> Suspender a dieta durante procedimentos de manipulação extrema. <input checked="" type="checkbox"/> Observar disfagia e/ou engasgo durante dieta.	
<b>( ) NÁUSEAS ( ) VÔMITOS</b> Relacionado a: <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Outros: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Orientar / manter decúbito elevado por duas horas após as refeições. <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar, registrar e comunicar frequência e características dos vômitos. <input checked="" type="checkbox"/> Administrar medicação conforme prescrição. Comunicar ao médico responsável caso não haja prescrição.	
<b>( ) DIARRÉIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) RETENÇÃO URINÁRIA ( ) DRENAGENS</b> Relacionado a: <input type="checkbox"/> Procedimentos cirúrgicos <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Processo infeccioso <input type="checkbox"/> Alteração renal	<input checked="" type="checkbox"/> Observar frequência e características das eliminações fisiológicas. <input checked="" type="checkbox"/> Medir diurese. <input checked="" type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico. <input checked="" type="checkbox"/> Anotar características e volume da drenagem.	
<b>RISCO DE SANGRAMENTOS</b> Relacionado a: <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Patologia de base <input type="checkbox"/> Outros: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Observar presença de sangramento ativo. <input checked="" type="checkbox"/> Realizar crioterapia <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo compressivo.	
<b>OUTROS</b> Comunicar a _____ Assinatura: _____ CÓD. 756673		

CÓD. 756673

Assinatura: \_\_\_\_\_  
CÓD. 756673

ASS. ENF



# REGISTRO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

## PLANTÃO DIURNO

SINAIS VITAIS:	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
PA									140			140	
FR									18			18	
T									37.3			37.3	
P									77			77	
Dor													

ANOTAÇÕES:													
SIO2													
HGT													

ELIMINAÇÕES:	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Diurese													
SNG / SNE													
Evacuação													
Ileostomia / Jejunostomia													
Drenos													
Outros													

REGISTRO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM: Data 11/08/2020  
 ÀS 15:40 pt. admitido neste setor vindo da urgência, com diagnóstico de tratamento cirúrgico ao quadril de fratura de fêmur. Realizado medicação de acordo com a prescrição médica. Início de tratamento de acordo com a prescrição médica.

CÓD. 756673

## PLANTÃO NOTURNO

SINAIS VITAIS:	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7
PA					140						140	
FR					17						17	
T					36.6						36.6	
P					80						80	
Dor												

ANOTAÇÕES:												
SIO2												
HGT												

ELIMINAÇÕES:	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7
Diurese												
SNG / SNE												
Evacuação												
Ileostomia / Jejunostomia												
Drenos												
Outros												

REGISTRO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM: Data 11/08/2020

Devido ao plantão de noturno, o paciente foi transferido para o setor de urgência, com diagnóstico de fratura de fêmur. Realizado medicação de acordo com a prescrição médica. Início de tratamento de acordo com a prescrição médica.

Assinatura do Técnico de Enfermagem



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 POS 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



Paciente: 9332389 - CHRISTIANO DUARTE PEREIRA  
Nome Social: \_\_\_\_\_  
Leito: L053 11/02/2020 Hora: 14:42 - Tel: 01996531731  
Médico: DIMAS CAIAFFO Clínica: CLÍNICA MÉDICA  
Convênio: AMIL/SASTC AMIL Idade: 44:9a

Nome do: \_\_\_\_\_  
Data de: \_\_\_\_\_  
Conv.: \_\_\_\_\_  
Médico: \_\_\_\_\_

1 Queixa principal e história da doença atual

Exce. sintoma de colapso com a causa apontada  
relacionada com má nutrição, má absorção de nutrientes

2 Diagnóstico Inicial:

Excesso de Clotado agudo

3 Antecedentes Pessoais:

☒ HAS ☐ DM ☐ Tuberculose ☐ Câncer ☐ Obesidade ☐ Distúrbio ☐ Psiquiátricos ☐ Cardiopatias  
☐ Infecções ☐ Outras: \_\_\_\_\_  
Alergias: sem ☐ D. Degenerativa \_\_\_\_\_  
Alcoolismo Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_ Qtd/dia: \_\_\_\_\_  
Tabagismo Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_ Qtd/dia: \_\_\_\_\_

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

4 Antecedentes Familiares:

☐ Cardiopatias ☐ DM ☐ HAS ☐ Câncer ☐ AVC  
Outros: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

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

5 Exame Físico

6 Estado Geral:

☐ Grave ☐ Regular ☒ Bom ☒ Hidratado ☐ Desidratado ☐ Anasarca ☒ Hipocorado ☒ Normocorado  
☐ Hiperorado ☐ Palidez ☒ Acianótico ☒ Cianótico ☒ Anictérico ☐ Ictérico ☒ Afebril  
Febre T: \_\_\_\_\_

7 Avaliação Neurológica:

Nível de Consciência:

☒ Consciente ☐ Desorientado ☒ Orientado ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso  
☐ Comatoso Sedado (\_\_\_\_\_ min/h)

Pupílas

☒ Fotorreagentes ☐ OD ☐ OE ☐ Isocórica ☐ Anisocórica ☐ Midríase ☐ Miose

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

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

8 Sistema Respiratório:

FR: 12 lpm  
☒ Eupnéico ☐ Dispnéico ☐ Espontânea ☐ Suporte mecânico  
TOT / TNT ☐ Traqueostomia Modo: \_\_\_\_\_ FIO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ PEEP: \_\_\_\_\_  
Sat O<sub>2</sub>: 98 O<sub>2</sub> Suplementar: \_\_\_\_\_ l/min ☐ Cateter nasal ☐ Máscara

9 Macronebulização

Expansibilidade torácica conservada: ☐ Sim ☐ Não Local: \_\_\_\_\_  
Dreno torácico: ☐ Sim ☒ Não Local: \_\_\_\_\_  
Oscilação: ☒ Sim ☐ Não ☐ Presente ☐ Ausente  
Murmúrios vesiculares: ☒ Presente ☐ Ausente ☐ Ausente  
Ruídos Adventícios: ☐ Presente ☒ Ausente ☐ Ausente  
Tosse: ☐ Presente ☒ Ausente ☐ Ausente  
Aspecto: \_\_\_\_\_  
Aspecto da drenagem: ☐ Diminuído Local: \_\_\_\_\_  
☐ Ausente ☐ Sibilos ☐ Estertores ☐ Crepitante  
☐ Seca ☐ Produtiva ☐ Secreção: +/++/+++ /++++

CÓD. 755659



**Colar etiqueta de identificação**

Preencher se não houver etiqueta

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nº do Registro: \_\_\_\_\_

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

Médico: \_\_\_\_\_

**9 Sistema Cardiovascular:**

FC: 74 bpm

PA: 130 x 90 mmHg

Ritmo cardíaco: ☒ Regular

☐ Irregular

Pulsos: ☐ Filiforme

☒ Chelo

Ausculta:

☐ Ausente

☐ Sim

Uso de drogas vasoativas:

☒ Não

Acesso Venoso:

☒ Periférico

☐ Central

☐ Dissecção

**10 Sistema Gastrointestinal:**

Abdome: ☒ Flácido

☐ Tenso

☐ Distendido

☐ Doloroso

☒ Plano

☐ Globoso

☐ Ascítico

Ruídos Hidroaéreos:

☒ Presente

☐ Ausente

☐ Hiperativos

☐ Hipativos

☐ SNG

☐ SNE

Eliminações Intestinais

☐ Constipação

☐ Diarreia

☒ Normais

☐ Flatos

☐ Melena

☐ Enterorragia

Êrrese: ☐ Presente

☐ Ausente

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

**11 Sistema Geniturinário:**

Diurese: ☒ Presente

☐ Ausente

☐ Espontânea

☐ SVD

☐ SVA

☐ Cistotomia

☐ Uripen

Aspecto:

☐ Hemodiálise

☐ Diálise peritoneal

**12 Sistema Musculoesquelético:**

Mobilidade: ☒ Ativa

☐ Passiva

Movimentos Conservados:

☐ Sim

☐ Não

Força Motora: Conservada

☐ Sim

☐ Não

MMSS: MSE imobilizado

MMII: \_\_\_\_\_

Exames: \_\_\_\_\_

Observações do Enfermeiro: Paciente admitido na UTI com diagnóstico

de trombose, com MSE imobilizado, aguardando cirurgia

para realização da cirurgia

Anne Andrade  
COREN PE 422.374

Data 11/02/2020

Anne Andrade  
COREN PE 422.374

Enfermeira / COREN

COD. 756659





Paciente: 8532589 - CHRISTIANO DUARTE PEREIRA  
 Nome Social:  
 Leito: L051 11/02/2020 Hora: 14:42 - Tel: 8198653173  
 Médico: DIMAS CAIAFFO Clínica: CLINICA MEDICA  
 Convênio: AMIL/BASIC AMIL Idade: 44a9m

Nome  
 Data  
 Conv  
 Médic

Data: 11/02/2020 Hora: 11:00 HD: Fratura de Ombro.

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"/> Isocóricas	<input type="checkbox"/> Anisocóricas			
Pele: Coloração:	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorado	<input type="checkbox"/> Hipocorado	<input type="checkbox"/> Anictérico	<input type="checkbox"/> Ictérico ____/____	
	<input checked="" type="checkbox"/> Acianótico	<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"/> Íntegra	<input type="checkbox"/> Mucosite	<input type="checkbox"/> Outros:		
Aparelho Respiratório:	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéico	<input type="checkbox"/> Bradipnéico	<input type="checkbox"/> Taquipnéico	<input type="checkbox"/> Dispnéico	
Ausculta: MV:	<input checked="" type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Diminuídos	<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 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 checked="" type="checkbox"/> Plano	<input type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Flácido	<input type="checkbox"/> Tenso	<input type="checkbox"/> Timpânico
	<input checked="" type="checkbox"/> Indolor				
RHA	<input checked="" type="checkbox"/> Presentes	<input type="checkbox"/> Ausentes	<input type="checkbox"/> Diminuídos		
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	
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 evolui: ECR, sem queixa atípica  
 de acordo com a evolução da artropatia  
 por osteoartrite de ombro.

*[Assinatura]*

CÓD. 756666

Ass. Enf.



EXAME FÍSICO / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: 6322089 - CHRISTIANO DUARTE PEREIRA  
Nome do: \_\_\_\_\_  
Data de N: 11/02/2020 Hora: 14:42 - Tel: 81984531735  
Medico: DINAS CAIARRO Clínica: CLINICA MEDICA  
Conv.: \_\_\_\_\_ Convênio: ANIL/BASID AMIL Idade: 44a7a  
Médico: \_\_\_\_\_

Data: 12/02/2020 Hora: 14:30 HD: Pradiza de Oliveira

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 checked="" type="checkbox"/> Anictérico	<input type="checkbox"/> Ictérico	/
	<input checked="" type="checkbox"/> Acianótico	<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"/> Inteira	<input type="checkbox"/> Mucosite	<input type="checkbox"/> Outros:		
Aparelho Respiratório:	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéico	<input type="checkbox"/> Bradipnéico	<input type="checkbox"/> Taquipnéico	<input type="checkbox"/> Dispnéico	
Ausulta: MV:	<input checked="" type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Diminuídos	<input type="checkbox"/> Ausentes		
	<input type="checkbox"/> RA:	<input checked="" type="checkbox"/> Presentes	<input type="checkbox"/> Ausentes		
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 HSD	<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 checked="" type="checkbox"/> Flácido	<input type="checkbox"/> Tenso	<input type="checkbox"/> Timpânico
	<input checked="" type="checkbox"/> Indolor				
RHA	<input checked="" type="checkbox"/> Presentes	<input type="checkbox"/> Ausentes	<input type="checkbox"/> Diminuídos		
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	
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 evolui estável, com Hx imobilizada, aguardando  
manuseio para o dia 13/02, porém a partir das 14h não  
pode ser movido, segue medicado conforme prescrição  
médica e sob cuidados da equipe de enfermagem

Anne Andrade  
COREN-PE 42.374

CÓD. 756666

Ass. Enf.





EXAME FÍSICO / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: 8532599 - CHRISTIANO DURANTE PEREIRA  
Nome Social: \_\_\_\_\_  
No: Leito: L051 11/02/2020 Hora: 14:42 - Tel: 81986931735  
Da: Médico: DIMAS CAIAFFO Clínica: CLINICA MEDICA  
Cc: Convênio: AMIL/BASIE AMIL Idade: 44a  
Médico: \_\_\_\_\_

Data: 12/02/2020

Hora: 14:40

HD: Fratura de omero

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"/> Isocóricas	<input type="checkbox"/> Anisocóricas			
Pele: Coloração:	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorado	<input type="checkbox"/> Hipocorado	<input type="checkbox"/> Anictérico	<input type="checkbox"/> Ictérico ____/____	
	<input checked="" type="checkbox"/> Acionótico	<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"/> Inteira	<input type="checkbox"/> Mucosite	<input type="checkbox"/> Outros:		
Aparelho Respiratório:	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéico	<input type="checkbox"/> Bradipnéico	<input type="checkbox"/> Taquipnéico	<input type="checkbox"/> Dispnéico	
Ausculta: MV:	<input checked="" type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Diminuídos	<input type="checkbox"/> Ausentes		
	<input checked="" type="checkbox"/> RA:	<input checked="" type="checkbox"/> Presentes	<input type="checkbox"/> Ausentes		
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 type="checkbox"/> Globoso	<input checked="" type="checkbox"/> Flácido	<input type="checkbox"/> Tenso	<input type="checkbox"/> Timpânico
	<input checked="" type="checkbox"/> Indolor				
RHA	<input checked="" type="checkbox"/> Presentes	<input type="checkbox"/> Ausentes	<input type="checkbox"/> Diminuídos		
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	
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 cuidados da equipe de enfermagem

2

OK.

214485

CÓD. 756666

Ass. Enf.





EXAME FÍSICO / EVOLUÇÃO DE  
ENFERMAGEM

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_\_  
Conv.: \_\_\_\_\_  
Médico: \_\_\_\_\_

Paciente: 8532589 - CHRISTIANO DUARTE PEREIRA  
Nome Social: \_\_\_\_\_  
Leito: 651 11/02/2020 Hora: 14:42 - Tel: 8198653173  
Médico: DINAS CATIAFFO Clínica: CLINICA MEDICA  
Convênio: AMIL/BASIC AMIL Idade: 44 anos

Data: 13 / 02 / 20

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"/> Isocóricas	<input type="checkbox"/> Anisocóricas			
Pele: Coloração:	<input checked="" type="checkbox"/> Normocrado	<input type="checkbox"/> Hipocrado	<input type="checkbox"/> Anictérico	<input type="checkbox"/> Ictérico ____/____	
	<input checked="" type="checkbox"/> Aciotótico	<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"/> Inteira	<input type="checkbox"/> Mucosite	<input type="checkbox"/> Outros:		
Aparelho Respiratório:	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéico	<input type="checkbox"/> Bradipnéico	<input type="checkbox"/> Taquipnéico	<input type="checkbox"/> Dispnéico	
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			
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 type="checkbox"/> Globoso	<input checked="" 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"/> Diminuídos		
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	
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 em 08:00h

ID 756666

Ass. Enf.

**Colar etiqueta de identificação**  
Preencher se não houver etiqueta

Nome do Paciente: Christian O Duarte Pereira  
Data de Nascimento: 1/1/ Nº do Registro: 8532589  
Conv.: Amil Leito: 51  
Médico: Divias Carvalho  
Data: 13.07.20 Hora: 20:30 HD: Prática de Cirurgia

**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"/> Isocóricas	<input type="checkbox"/> Anisocóricas			
Pele: Coloração:	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorado	<input type="checkbox"/> Hipocorado	<input type="checkbox"/> Anictérico	<input type="checkbox"/> Ictérico <u>1</u>	
	<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"/> Eupnéico	<input type="checkbox"/> Bradipnéico	<input type="checkbox"/> Taquipnéico	<input type="checkbox"/> Dispneico	
Ausculta: MV:	<input checked="" type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Diminuídos	<input type="checkbox"/> Ausentes		
	<input type="checkbox"/> RA:	<input type="checkbox"/> Presentes	<input type="checkbox"/> Ausentes		
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				
RHA	<input checked="" type="checkbox"/> Presentes	<input type="checkbox"/> Ausentes	<input type="checkbox"/> Diminuídos		
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	
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 checked="" type="checkbox"/> Simples Local:			<input type="checkbox"/> Especial Local	
Dreno:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Especificação:			

Paciente está em seguimento cuidadoso da enfermagem. Recebido curativo em MSE utilizando 03 compressas de gaze, 01 unguento, 01 PCD, 01 3º fio de sutura com fio 01, 01 atadura de 15cm e 01 soro de micropore. Sem queixas, alto hospitalar.

CÓD. 756666

Saudner  
Ass. Enf.



## ASSISTÊNCIA DE E

Paciente: 533289 - CHRISTIANO DUARTE PEREIRA  
Nome Social:  
Leitor: L05 11/02/2020 Hora: 14:42 - Tel: 8196600173  
Médico: DIMAS CAIAFFO Clínica: CLINICA MEDICA  
Convênio: AMIL/BASIL AMIL Idade: 44y9a

Nome: Arthur Dwyer King idade:            registro:           

Clinica: \_\_\_\_\_ Cirurgia Proposta: Reducao de Tórax

Admitida por: [Assinatura] Em 15/02/20 As: 8:05

## 1 - Procedência

☐ Interno Leito: 51

## 2 - Condições do Paciente

<input type="checkbox"/> Acordado	<input 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"/> Paramentado
<input type="checkbox"/> Chorando	

### 3 - Venoclise

☒ Peridérica  
☐ Vela Central

#### 4 - Sonda

☐ Vesical  
☐ Nasogástrica  
☐ Enteral

### 5 - Integridade da Pele

☐ Normal  
☐ Edema  
☐ Seca  
☐ Lesões

## 6 - Tricotomia

☐ Sim ☒ Não USE

ANESTESIA Início: 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"/> Peribulbar	<input type="checkbox"/> Outra _____

Anestesicologista(s): Cláudio Franco

Drogas Usadas: Hydrocortisone, Prednisolone, Talcid, ranitidine, cimetidine, Pylorone, Bismar, Omeprazole, Plavix, Zantac, Nexium, Stomach, Protonix, Sirox, Loperamide, Lactulose, Coloxone

#### MEDICAÇÕES USADAS

Hora	Medicações	Hora	Medicações
08:15	16/07/01		

Intercorrências: \_\_\_\_\_

## SAÍDA DA SALA DE CIRURGIA

#### 1 - Condições do Paciente

☐ Entubada    ☐ Extubado    ☐ Alerta    ☐ Alerta  
☐ Dor    ☐ Frio    ☐ Náusea    ☐ Outras: \_\_\_\_\_  
☐ SRPA    ☐ UTI    ☐ Enfermaria    ☐ Apartamento    ☐ Alta Hospitalar  
☒ Maca    ☐ Cadeira de Rodas    ☐ Decubito

## 2 - Queixas

### 3 - Destino

4 - Transportado

as 10:35 h      Circulante Exter

Coren:



## FASE TRANS-OPERATÓRIA

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

Equipe Cirúrgica: \_\_\_\_\_

**1 - Posição**

- ☒ Dorsal  
☐ Ventral  
☐ Lateral \_\_\_\_\_

- ☐ Ginecológica  
☐ Outra \_\_\_\_\_

**2 - Posição dos MMSS**

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

**3 - Coxim**

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

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

**4 - Solução Anti-séptica**

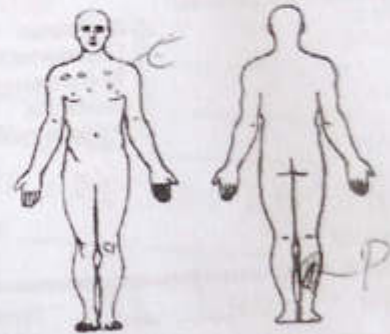
- ☐ PVPI  
☒ Clorexidina  
☐ Outra \_\_\_\_\_

**5 - Bisturi Elétrico**

- ☐ Bipolar  
☒ Monopolar  
☒ Local da Placa Sim

**6 - Eletrodos**

- ☒ Sim  
☐ Não



## 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"/> Oxícapnógrafo |
| <input type="checkbox"/> Sondagem Vesical         | <input type="checkbox"/> S. Foley nº _____            | <input type="checkbox"/> S. Nelaton nº _____  | Vol. _____  |
| <input type="checkbox"/> Sondagem Gástrica        | <input type="checkbox"/> SN Enteral nº _____          | <input type="checkbox"/> SN Gástrica nº _____ | Vol. _____  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa | Jelco nº _____  | Local <u>Ves</u>                              | <u>Punção</u>                                     |
| <input type="checkbox"/> Punção Arterial          | Jelco nº _____  | Local _____                                   |   |
| <input type="checkbox"/> Intubação Traqueal       | <input type="checkbox"/> Oral Tubo nº _____           | <input type="checkbox"/> Nasal Tu nº _____    |   |
| <input type="checkbox"/> Garroteamento            | Local: _____  | Início: ____:____ h                           | Término: ____:____ h                              |
| <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"/> Hemotransusão            | <input type="checkbox"/> C. de Hemácias               | Vol. _____                                    | Hora: ____:____                                   |
|   | <input type="checkbox"/> Plasma                       | Vol. _____                                    | Hora: ____:____                                   |
|   | <input type="checkbox"/> Plaquetas                    | Vol. _____                                    | Hora: ____:____                                   |
|   | Outros _____  |   |   |
- 
- ☐ Implantes \_\_\_\_\_
- ☐ Explantes \_\_\_\_\_
- ☐ Greno \_\_\_\_\_
- ☒ Curativo \_\_\_\_\_
- |  |  |   |                                    |
|--|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sucção nº _____           | <input type="checkbox"/> Torácico nº _____ | <input type="checkbox"/> Kher nº _____        | <input type="checkbox"/> Tubular   |
| <input type="checkbox"/> Laminar                   | <input type="checkbox"/> Penrose           |   |                                    |
| <input checked="" type="checkbox"/> Oclusivo       | <input type="checkbox"/> Compressivo       | <input checked="" type="checkbox"/> Espadrado | <input type="checkbox"/> Micropore |
| <input checked="" type="checkbox"/> Faixa de Crepe | <input type="checkbox"/> Outros _____      |   |                                    |

Perdas sanguíneas Vol. \_\_\_\_\_ Compressas Oferecidas \_\_\_\_\_ Recolhidas \_\_\_\_\_

☐ Cultura(s) \_\_\_\_\_

☐ Peça(s) Anatômica(s) \_\_\_\_\_





Paciente: CHRISTIANO DUARTE PEREIRA

Data: 13/02/20

Sala: \_\_\_\_\_

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

Convênio: \_\_\_\_\_

Cirurgia: FRATURA DO OMBRO ESQ + CAPSULOTOMIA COM  
+ ANASTOMOSE DO COTOVELLO + DESMOLDES PARIAIS

Cirurgião: ALVARO PIRES

Anestesista: CELSO FROZES

Início: \_\_\_\_\_

Término: \_\_\_\_\_

Auxiliar: LEANDRO PIRES

Pediatra: \_\_\_\_\_

Instrumentador: LEANDRO

Cardiologista: \_\_\_\_\_

Anestesista: \_\_\_\_\_

ASA: 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )

Início: \_\_\_\_\_

Término: \_\_\_\_\_

Cirurgia Extra - Corpórea: Sim ( ) Não ( )

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

Descrição: 1- PUNÇÃO EM JOELHO + IMPLANTAÇÃO DE

2- PUNÇÃO DE COTOVELLO DE COTOVELLO

3- COTOVELLO DE COTOVELLO DE COTOVELLO

4- PUNÇÃO DE COTOVELLO DE COTOVELLO

5- COTOVELLO DE COTOVELLO DE COTOVELLO

6- PUNÇÃO DE COTOVELLO DE COTOVELLO

7- PUNÇÃO DE COTOVELLO DE COTOVELLO

8- PUNÇÃO DE COTOVELLO DE COTOVELLO

9- PUNÇÃO DE COTOVELLO DE COTOVELLO

10- PUNÇÃO DE COTOVELLO DE COTOVELLO

11- PUNÇÃO DE COTOVELLO DE COTOVELLO

12- PUNÇÃO DE COTOVELLO DE COTOVELLO

13- PUNÇÃO DE COTOVELLO DE COTOVELLO

14- PUNÇÃO DE COTOVELLO DE COTOVELLO

15- PUNÇÃO DE COTOVELLO DE COTOVELLO

16- PUNÇÃO DE COTOVELLO DE COTOVELLO

17- PUNÇÃO DE COTOVELLO DE COTOVELLO

18- PUNÇÃO DE COTOVELLO DE COTOVELLO

19- PUNÇÃO DE COTOVELLO DE COTOVELLO

20- PUNÇÃO DE COTOVELLO DE COTOVELLO

21- PUNÇÃO DE COTOVELLO DE COTOVELLO

22- PUNÇÃO DE COTOVELLO DE COTOVELLO

23- PUNÇÃO DE COTOVELLO DE COTOVELLO

24- PUNÇÃO DE COTOVELLO DE COTOVELLO

25- PUNÇÃO DE COTOVELLO DE COTOVELLO

PRESCRIÇÃO MÉDICA  
TÉRREO IV

CONVÊNIO: AMIL

ALERGIAS: )

DATA: 12.02.20

**albert sabin**  
HOSPITAL

CRM: 851289 - OAB: 1111408 - RUA: P. B. 1111  
R. S. 1111 - 11111-111 - Fone: 1111111111  
R. S. 1111 - 11111-111 - Fone: 1111111111  
R. S. 1111 - 11111-111 - Fone: 1111111111

NOME	DIETA	VO LIVRE	CRISTIANO DUARTE PEREIRA	PREVISTO	CLÍNICA	ENFERMAGEM	TÉRREO IV	LEITE	LABORATÓRIO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

1. JELCO HIBRIDIZADO

2. DIPIRONA 81 AMP + AD EV 640

3. LOSARTANA 50MG 81 CP VO 12/12H

4. CAPTOPRIL 25MG 81 CP VO 12/12H

5. TRAMAL 100MG 81 AMP + SF 6,9% 100ML EV 8H

6. PLASIN 61 AMP + AD EV 8H 8H

7. MANSTER TALA GESSADA EM MSE

8. PROVIDENCIAR EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS

9. SSVV + CUGG

*Adelmar 16/02/20*

*Adelmar 16/02/20*

*Adelmar 16/02/20*

**ALBERT S. SABIN**  
OAB: 111111 - CRM: 851289





Nome Social: CHRISTIANO DUARTE PEREIRA  
Leitor: L051 11/02/2020 Hora: 14:42 - Tel: 0199653177  
Médico: DIMAS CAIAFFO Clínica: CLÍNICA MÉDICA  
Convenio: AMIL/BASIL AMIL Idade: 44a7a

Nome:  
Data de:  
Conv:  
Médico:

DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO	GRÁFICO
<b>INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA</b> Relacionado a: - Infecção - Mordedura/fatiga/prestação - Outros:	- Realizar mudança de decúbito - Realizar curativos de lesões - Higienizar pele após procedimentos - Realizar massagem de conforto com óleo - Monitorar e avaliar a pele - Registrar e comunicar alterações	
<b>DÉFICIT NO AUTO-CUIDADO</b> Relacionado a: - Mobilidade prejudicada - Dor - Ansiedade - Condições clínicas e emocionais	- Realizar higiene oral com enaguante bucal - Auxiliar higiene oral após as refeições com enaguante bucal - Orientar e auxiliar banho de esponja - Realizar banho no leito - Realizar massagem de conforto com óleo de massageamento - Prevenir risco de queda, elevando as grades do leito	
<b>DOR ( ) Crônica ( ) Aguda</b> Relacionado a: - Patologia de base - Processos orgânicos - Outros:	- Avaliar localização e características da dor - Avaliar escala de dor, quando aplicável, de dor e registrar score - Administrar medicação conforme prescrição - Realizar a dor de 10 a 60 min após a administração da medicação. Em caso de persistência, comunicar ao médico	
<b>RISCO DE INFECÇÃO</b> Relacionado a: - Quebra da técnica - Sistema imune comprometido - Quimioterapia - Dispositivos inseridos no paciente	- Higienizar as mãos antes e após procedimentos - Utilizar técnica asséptica em procedimentos - Avaliar temperatura $36.6^{\circ}\text{C}$ , registrar e comunicar alterações maior que $37.8^{\circ}\text{C}$ - Avaliar, registrar e comunicar presença de sinais flogísticos em dispositivo	
<b>RISCO DE FLEBITE</b> Relacionado a: - Punção venosa - Medicamentos	- Realizar troca do sítio de punção dos pacientes procedentes de emergência em no máximo 24 horas, quando possível - Realizar troca do sítio de punção a cada 72 horas - Realizar a troca do sítio de punção a cada 72 horas - Utilizar repelente em flebitis de $1^{\circ}$ grau - Realizar punção venosa com técnica asséptica	
<b>PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ</b> Relacionado a: - ITR - Secreção - Cor	- Manter decúbito elevado a $30^{\circ}$ graus - Aspirar vias aéreas superiores com técnica asséptica BNL - Avaliar padrão respiratório de $12$ a $20$ rpm, registrar e comunicar ao médico responsável - Instalar oxigenoterapia conforme prescrição médica	
<b>RISCO DE ASPIRAÇÃO</b> Relacionado a: - SNE - Presença de TQT e TOT - Deglutição prejudicada	- Manter decúbito a $45^{\circ}$ caso não haja contraindicação para pacientes em uso SNG, SNE, TOT, TQT - Suspender a dieta durante procedimentos de manipulação extrema - Observar deglutição e/ou engasgo durante dieta	
<b>( ) NÁUSEAS ( ) VÔMITOS</b> Relacionado a: - Quimioterapia - Medicamentos - Outros:	- Orientar / manter decúbito elevado por duas horas após as refeições - Avaliar, registrar e comunicar frequência e características dos vômitos - Administrar medicação conforme prescrição. Comunicar ao médico responsável caso não haja prescrição	
<b>( ) DIARREIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) RETENÇÃO URINÁRIA ( ) DRENAGENS</b> Relacionado a: - Procedimentos cirúrgicos - Medicamentos - Processo infeccioso - Alteração renal	- Observar frequência e características das eliminações fisiológicas - Medir diurese - Realizar balanço hídrico - Avaliar características e volume de drenagens	
<b>RISCO DE SANGRAMENTOS</b> Relacionado a: - Quimioterapia - Patologia de base - Outros:	- Observar presença de sangramento ativo - Realizar oxitocia - Realizar curativo compressivo	
<b>OUTROS</b> Exatidão e tempo das anamnésticos		

CÓD. 756673

DATA

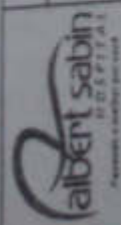
12/02/2020

ASS. ENF.

Fátima Souza  
Enfermeira  
REN 381.044







PACIENTE:  
Christiane David Pereira

REGISTRO:  
8532583

PRESCRIÇÃO

DATA:  
13/02/2020

SETOR:

MÉDICO:

CONTINÚO

AMIL

PRESCRIÇÃO MÉDICA - DOSE - VIA DE ADMINISTRAÇÃO

HORARIO

1) Dieta VO pl MAS

2) Celastrolone 16, 03 FA + AD - EV - 66h

3) Dipeptidyl 40 mg + 0.5 amp. VO pl máculos (ppl)

4) Dipirona 16, 0.5 amp + AD - EV - 66h.

5) T ramedol 100 mg - 0.5 amp + SF 0.5% 100 mL - EV 8/8h SIN

6) Analgesico 10 mg - 0.5 comp - VO - 0.5 x ao dia

7) Ibuprofeno 50 mg - 0.5 comp - VO - 5x 12h.

8) Metaxone 0.5 mg - 0.5 comp - VO, se (MS > 400 mg) 14x 5x

9) Indometacina 4 mg - 0.5 amp + SF 0.5% - 500 mL - EV - 8/8h 5x

10) CCGG + SSVV

SND

20/05 - 02/05

23/05

27/06

AT Um qualyce

14/02/2020

D. CURSIVO 01 0000000

D. CURSIVO 1225 000000

Dr. Edson Pereira

CRM 20331 - 14/02/2020  
com atendimento em 14/02/2020  
14/02/2020

Dr. Edson Pereira  
CRM 20331 - 14/02/2020  
14/02/2020

AURELIAN ALVES  
Oxigenoterapia e fisioterapia  
R. 2017 - TEL 19413 - 822-3041

*Emerg.*

 <b>albert sabin</b> HOSPITAL SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	Paciente: 9532599 - CHRISTIANO DUARTE PEREIRA Nome Social: _____ Leito: 1051 11/02/2020 Hora: 14:42 - Tel: 91986531735 Médico: DIMAS CAIAFFO Clínica: CLÍNICA MÉDICA Convenio: AMIL/BASIC AMIL Idade: 44:7a M: _____	

DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
<b>INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA</b>	- Realizar mudança de decúbito _____ h - Remover curativo da lesão _____ vez(es) ao dia - Higienizar íntima após eliminações - Realizar massagem de conforto com _____ - Inspeccionar a pele a cada _____ h, registrar e comunicar alterações.	
Relacionado a:		
- Infecção		
- Mobilidade física prejudicada		
- Outros		

<b>DÉFICIT NO AUTO-CUIDADO</b>	- Realizar higiene oral com enaguante bucal. - Auxiliar higiene oral após as refeições com enaguante bucal. - Orientar / auxiliar banho de aspersão. - Realizar banho no leito. - Realizar massagem de conforto com hidratante corporal. - Prevenir risco de queda, elevando as grades do leito.	
Relacionado a:		
- Mobilidade prejudicada		
- Dor		
- Ansiedade		
- Complicações clínicas e cirúrgicas		

<b>DOR ( ) Crônica ( ) Aguda</b>	- Anotar localização e características da dor. - Aplicar escala de dor, quando houver dor e registrar score. - Administrar medicação conforme prescrição. - Reavaliar a dor de 30 a 60 min após a administração de medicação. Em caso de persistência, comunicar ao médico.	
Relacionado a:		
- Patologia de base		
- Processo cirúrgico		
- Outros		

<b>RISCO DE INFECÇÃO</b>	- Higienizar as mãos antes e após procedimentos. - Utilizar técnica asséptica em procedimentos. - Avaliar temperatura _____ °C / _____ °F, registrar e comunicar alterações maior que 37,8° C. - Avaliar, registrar e comunicar presença de sinais flogísticos em dispositivo.	AHE 12 18 24 06 12 18 24 06
Relacionado a:		
- Quebra da técnica		
- Sistema imune comprometido		
- Quimioterapia		
- Dispositivos inseridos no paciente		

<b>RISCO DE FLEBITE</b>	- Realizar troca do sítio de punção dos pacientes procedentes da emergência em no máximo 24 horas, quando possível. - Realizar troca do sítio de punção a cada 72 horas. - Realizar a troca do equipo a cada 72 horas. - Utilizar repelente gel em flebite de _____ h. - Realizar punção venosa com técnica asséptica.	> AHE
Relacionado a:		
- Punção venosa		
- Medicções		

<b>PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ</b>	- Manter decúbito elevado a _____ graus. - Aspirar vias aéreas supeiores com técnica asséptica S/N. - Avaliar padrão respiratório de _____ / _____ h. Registrar e comunicar ao médico responsável. - Instalar oxigenoterapia conforme prescrição médica.	
Relacionado a:		
- ITU		
- Secreção		
- Dor		

<b>RISCO DE ASPIRAÇÃO</b>	- Manter decúbito a 45° caso não haja contra indicação para pacientes em uso SNG, SNE, TOT, TQT. - Suspender a dieta durante procedimentos de manipulação extrema. - Observar distúrbio ou engasgo durante dieta.	
Relacionado a:		
- SNE		
- Presença de TQT e TOT		
- Deglutição prejudicada		

<b>( ) NÁUSEAS ( ) VÔMITOS</b>	- Orientar / manter decúbito elevado por duas horas após as refeições. - Avaliar, registrar e comunicar frequência e características dos vômitos. - Administrar medicação conforme prescrição. Comunicar ao médico responsável caso não haja prescrição.	
Relacionado a:		
- Quimioterapia		
- Medicções		
- Outros		

<b>( ) DIARRÉIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) RETENÇÃO URINÁRIA ( ) DRENAGENS</b>	- Observar frequência e características das eliminações fisiológicas. - Medir diurese. - Realizar balanço hídrico. - Anotar características e volume da drenagem.	
Relacionado a:		
- Procedimentos cirúrgicos		
- Medicamentos		
- Processo infeccioso		
- Alteração renal		

<b>RISCO DE SANGRAMENTOS</b>	- Observar presença de sangramento ativo. - Realizar crioterapia. - Realizar curativo compressivo.	
Relacionado a:		
- Quimioterapia		
- Patologia de base		
- Outros		

<b>OUTROS</b>		

CÓD. 756673

DATA 12 / 02 / 2020

Ass. ENF  
 214980



REGISTRO DO TÉCNICO DE LNF E IMAGEM

## PLANTÃO NOTURNO

### PLANTÃO DIURNO

### SINAIS VITAIS:

[illegible]

## ANOTAÇÕES:

[illegible]

**ELIMINACÕES:**

[illegible]

----- TÉCNICO DE ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_

**REGISTRO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM:**

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
aguardando B.C. AS  
Protocolo plantar e pet. aguardando ao B.C. AS 13:20 pet.  
8h pet. encaminhado ao B.C. AS 13:20 pet.  
retorno do sr. envolvente, de mala oventado,  
vindo ssu, Realizado medicação de horário  
segue pet. perder acesso foi substituído  
e peteb. 2da1 exeto repulsionado e peteb.  
22 pl exeto, repulsionado e peteb. 2da1  
pet. e tranquilidade capular e trocador  
Inveniente que comamora segue

Outros			
<b>Técnico de Enfermagem:</b>			

[illegible]

## PLANTÃO NOTURNO

### SINAIS VITAIS:

	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7
PA						100	100				28	
FR						30					27	
T						25	00				26	
P						100					100	
Dor						-					-	

**ANOTAÇÕES:**

[illegible]**ELIMINAÇÕES:**[illegible]

### Data

**Data** 13/02/2020  
 1. 1st obs.  
 2. 2nd obs.  
 3. 3rd obs.  
 4. 4th obs.  
 5. 5th obs.  
 6. 6th obs.  
 7. 7th obs.  
 8. 8th obs.  
 9. 9th obs.  
 10. 10th obs.

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
		PACIENTE:
		Cardiologia
		DATA: 12/02/20
		Paciente C.D.P. 44 anos, White é residente de São Paulo com histórico de arritmia supraventricular. História de asma, diabetes, hipertensão e dislipidemia. Apresenta sintomas com uso de medicamentos para controle da pressão arterial. RCA - CA = 80 mm. DTA = 140 + 80 mmHg PA - Tensão arterial elevada. Album - RHA 0. ECG - RSN. Eixo +60°. d'ornate. Condicion: 0. SpO2 para oxigenação. Classe II
		Dr. Dimas Caiaffo Cardiologia - Cl. Médica CRM: 7138



Nome do paciente: Christiano Duarte Pereira

Nº do registro: \_\_\_\_\_

Leito: \_\_\_\_\_

Paciente: 8532569 - CHRISTIANO DUARTE PEREIRA

Nome Social: \_\_\_\_\_

Leitor: 1051 11/02/2020 Hora: 14:42 - Tel: 81986501735

Médico: DINAS CAIAPPO Clínica: CLINICA MEDICA

Convênio: AMIL/SASIC AMIL Idade: 44a9m

DATA	HORA	
12/02/20		<p>EX 25 OLICHO 803</p> <p>menor com pte op 10mm para crânio,</p> <p>menor com pte op 10mm</p> <p>Col: 1 20mm de 22/10mm de 12/02/2020 de 10mm de 08:00 de de 13/02/20</p>
13/02/20		<p>EX 25 OLICHO 803</p> <p>menor com pte op 10mm para crânio</p> <p>Col: 1 20mm de 22/10mm de 12/02/2020 de 10mm de 08:00 de de 13/02/20</p>
14/02/2020		<p>EX 25 OLICHO 803</p> <p>menor com pte op 10mm para crânio</p> <p>Col: 1 20mm de 22/10mm de 12/02/2020 de 10mm de 08:00 de de 13/02/20</p>

**AIRLLAN ALVES**  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM 22472 - TEOT 16675 - RQE 9063

**AIRLLAN ALVES**  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM 22472 - TEOT 16675 - RQE 9063

**AIRLLAN ALVES**  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM 22472 - TEOT 16675 - RQE 9063

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

EC-9



*Édipto Rodrigues da Silva*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.702.809 DATA DE EXPEDIÇÃO 03/10/2015

NOME << ÉDIPTO RODRIGUES DA SILVA >>

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

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO  
JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE 03/12/1987

DOC. ORIGIN << 073478 01 55 2015 2 00035 140  
0006940 60 RECIFE-PE >>

CNP 116.211.534-36

Assinatura do Autorizado  
Jorge... - Polícia - Garantia INSS

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

1515583680510161943.6541308 F-68 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**