



Seguradora Líder • DPVAT

Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10207728

A/C: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3160737933 ASL-1190291/16  
**Vitima:** ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO  
**Data Acidente:** 11/06/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





---

Rio de Janeiro, 23 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10235049

A/C: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

**Sinistro:** 3160737933 ASL-1190291/16  
**Vítima:** ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO  
**Data Acidente:** 11/06/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO

PORTADOR(A) DO RG Nº 5105361 EXPEDIDO POR SSP/PE EM 02/02/2015 E

CPF 030590124-59 / CNPJ 0000000000-0000-00, PROFISSÃO CHEFE DE TRANS.

E RENDA MENSAL DE R\$ RECEIU-SE (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ALEXANDRE L. DA CONCEIÇÃO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3208-5 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0090800-2

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Recife, 22 de Novembro de 2016

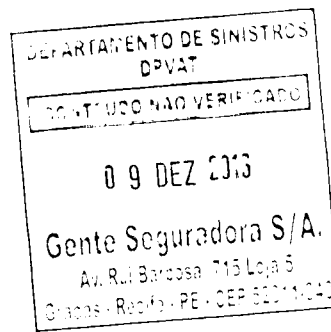
LOCAL E DATA

Alexandre Luiz da Conceição

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares**.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





\*0001\*

323432

25/08/2016

119029116

file:///C:/Users/Policia%20Civil/Desktop/infopol.xml/301-Preview.html

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 012ª CIRCUNSCRIÇÃO - JARDIM SÃO PAULO - DP12ª CIRE  
DIM/4ª DESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 16E0102003862**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/08/2016** às **10:45**

Complementa o Bô Número: **16E0102003861**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no  
dia **11/6/2016** às **06:16**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA BELEM DE JUDA, 1 - Bairro: COHAB -  
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AUSENTE)  
ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO. (usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ALEXANDRE LUIZ  
DA CONCEIÇÃO**

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

**ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEVERINA LUIZA  
DA CONCEIÇÃO** Data de Nascimento: **30/3/1998** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residência: **AVENIDA BELEM DE JUDA, 5a - CEP: 55000-000 - Bairro: COHAB -  
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

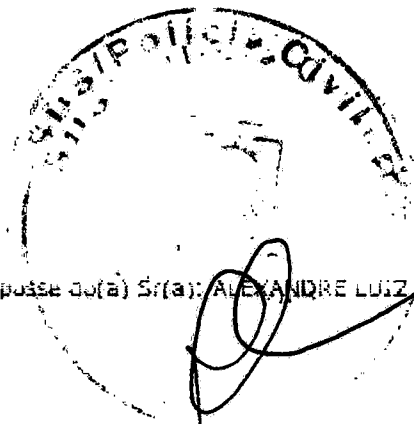
**VEICULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO**, que estava em posse  
do(a) Sr(a): **ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KIF5791 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013**

Complemento / Observação

**DIZ A VÍTIMA QUE AO PILOTAR SUA MOTOCICLETA A MESMA DERRAPOU E CAIU SOBRE O SR.  
ALEXANDRE, O MESMO FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DA ESPERANÇA. A VÍTIMA PASSOU POR  
CIRURGIA E SOFREU LESAO NA PERNA DIREITA. ATENÇÃO: HOUVE REIMPRESSÃO POIS HOUVE  
ERRORES NA DATA E HORA DO FATO.**



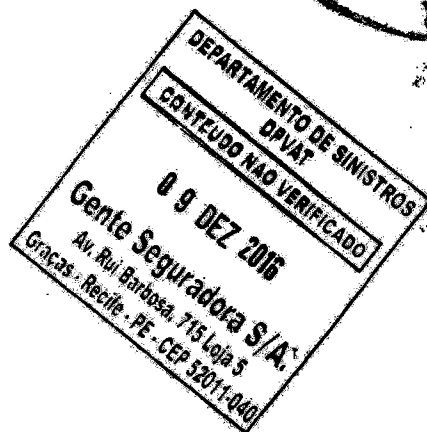
Boletim de Ocorrência

Página 2 de 2

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

*Alexandre Luiz da Conceição*  
ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO  
(VITIMA)

B.O. registrado por: LADILSON NEVES CAVALCANTI DE LIMA JUNIOR - Matrícula: 2208225



# DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



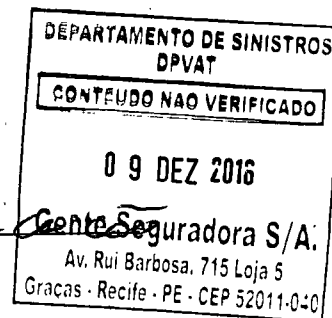
Eu, ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO, portador da carteira de identidade nº 5105361 SSP/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº 036.590.124-59, residente e domiciliado na AV. BELEM DE JUDA, Nº 58 - DOIS CARNEIROS/CAVALEIRO, Cidade JABOATÃO, Estado PERNAMBUCO, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado 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:

- (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Alexandre Luiz da Conceição  
Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação



Recife, 22 de Novembro, 2016

Local e data

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: 29/12/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	7.087,50
--------------	----------

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

CLIENTE: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03208-5

CONTA: 000000090800-2

Nr. Autenticação

BRDESCO291220160500000000023703208000000090800708750 PAGO





**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



Nome: **ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO**

Nº registro: **511465**

Dt. Nasc.: **02/06/79 - 37 ano (s)**

Sexo: **Masculino**

Mãe: **SEVERINA LUIZA DA CONCEIÇÃO**

Fone: **81 8425-4155**

Endereço: **AV BELÉM DE JUDÁ, nº 58, ALTO DOIS CARNEIROS. JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE**

Data/hora: **11/06/2016 - 06:16**

Nº pág.: **1/1**

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

REMOÇÃO COM MÉDICO :

**AMBULÂNCIA**

### HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PCT FEZ USO DE ALCOOL RELATA QUEDA DE MOTO EM BAIXA VELOCIDADE ESTAVA DE CAPACETE CAIU DE LADO E A MOTO CAIU SOBRE SUA PERNA DIREITA. APRESENTA ESCORIAÇÕES EM MEMBROS NEGA TCE OU PERDA DE CONCIÊNCIA OU TRAUMA EM COLUNA. PACIENTE APRESENTA RAIOS X EVIDENCIANDO FRATURA EM TIBIA DIREITA COMPLETA, COMO PACIENTE APRESENTA LACERAÇÃO DE PARTES MOLES, CONSIDERAR POSSIBILIDADE DE FRATURA EXPOSTA.

### EXAME FÍSICO:

Peso:

Altura:

IMC: ( )

PA: x mmHg

HGT: mg/dL

EGR, EUPNEICO E AFEBRIL

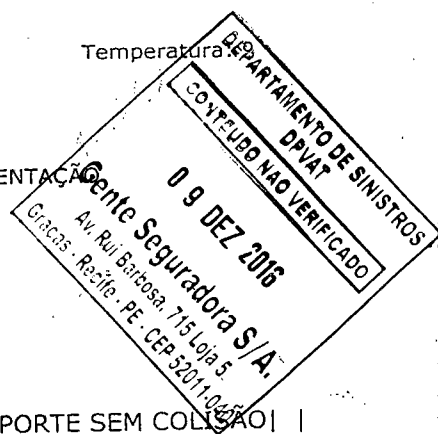
ESCORIAÇÕES EM MEMBROS

MOVIMENTOS PRESERVADOS EM COLUNA E QUADRIL SEM DOR

PERNA DIREITA COM EDEMA 1/4+ ESCORIAÇÃO E DIFICULDADE EM MOVIMENTAÇÃO

### CONDUTA:

Temperatura



### Exames Complementares/Resultados:

### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

V28 - MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSPORTE SEM COLISÃO | CAPOTAMENTO

### OBSERVAÇÕES :

### DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: **HOSPITAL GETÚLIO VARGAS**

Motivo:

Senha: **1937649**

**ESTE PACIENTE TEM CONDIÇÕES DE SER TRANSFERIDO POR MEIOS PRÓPRIOS :**

Dr. José Augusto Calafell  
Recife  
CRM-PE 22475

**Dr. JOSÉ AUGUSTO CALAFELL ROIG TIBURCIO DE M**  
**CRM: 22475**

**Esta conta deverá ser paga com recursos públicos.**



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO

RG nº 5105361, data de expedição 02/02/2015, Órgão SSP/PE

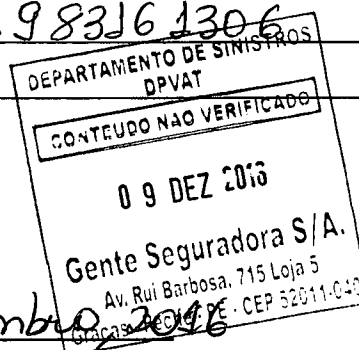
CPF nº 036.590.124-59, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>AV. BELEM DE JUDA</u>
Número	<u>Nº 58</u>
Apto / Complemento	<u>_____</u>
Bairro	<u>DOIS CARNEIROS / CAVALTEIRO</u>
Cidade	<u>JABOATÃO</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>54290-000</u>
Telefone de Contato	<u>81 3126 1167. 81 98316 1306</u>
E-mail	<u>_____</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Recife, 22 de Novembro, 2016

Assinatura do Declarante: Alexandre Luiz da Conceição





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

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

## DADOS DO CLIENTE

ANDREZA CARLA DE MELO

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV BELEM DE JUDA 58

CPF 047 333 034-24

DOIS CARNEIROS/CAVALEIRO  
JABOATÃO DOS GUARARAPES PE  
54290-000

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásico

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
4000522207	07/2016
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÓXIMA LEITURA
19/07/2016	11/08/2016
TOTAL A PAGAR (R\$)	14,86

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
001118987	UNICA	12/07/2016
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
12/07/2016	200280881	1732584

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)			30,0000000	0,48372450	4,51
Multa por atraso-NF 001065339 - 10/06/16					0,27
Juros por atraso-NF 001065339 - 10/06/16					0,08

TOTAL DA FATURA 14,86

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	CONSUMO (KWH)
3121222352	CAT	10/06/2016	33,00	12/07/2016	33,00	32	1,00000	0,00

## HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano	KWh
JUL 16	30
JUN 16	30
MAI 16	30
ABR 16	30
MAR 16	30
FEV 16	30
JAN 16	30
DEZ 15	30
OUT 15	30
SET 15	30
AGO 15	30
JUL 15	30

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS		
PIS	14,81	1,57
COFINS	14,81	7,25

Faturado pelo mínimo de faturamento - Custo de Disponibilidade Artigo 96, Resolução ANEEL 414/2010.

## TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo (kWh)

0,44108000

## RESERVAÇÃO FISCAL

33AB D224 NF5A B024 D159 2A00 6CF4 7C64

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data de leitura e faturação em vigor é a Verde. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br). Pagamento em atraso gera multa 2% (Res 414/ANEEL-08/08/10) e juros 1% a.m. (Lei 10.438-28/04/02), no próximo mês. Isenção do ICMS conforme Art. 9, XLVIII, e 2.1, do RICMS-PE. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo de faturação para os períodos de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 7 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

## COMUNICAÇÃO DE NÃO PAGAMENTO DE CONTAS DE ENERGIA ELÉTRICA

Vencido	Diante	Valor	Vencido	Diante	Valor
01/07/16	17/07/16	3,01			

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com abrangência nacional. Este comunicado não substitui o aviso de débitos anteriores bem como não atenua débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

TIPO DE INTERRUPÇÃO	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE
TEMPORAL	100%	TEMPORAL	TEMPORAL	ANUAL

## NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
127V	MÍNIMO MÁXIMO

CAIXA L

CAIXA Loterias

1ª VIA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado. Ap

203-564471414-0

21/Jul/2016

HORA DF 11:34:15

LOT. 15.14143-2

LOCALIDADE: RECIFE

AG. VINCULADA: 0045

TERM 016407

COMPROVANTE DE PAGAMENTO  
CELPE COMPANHIA ENERGETICA/PE

VALOR DO PAGAMENTO: 14,86

838000000009 148600110045  
000522207103 040898440431

203-564471414-0

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO09 DEZ 2013  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Graciosa - Recife - PE - CEP 52011-040



Pedido de serviço para Via para Pagamento Gru

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

## COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

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



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

COMERCIAL 116 PRONTIDÃO 116

Atendimento ao cliente 24h: 0800 281 0142

Ouvidoria: 0800 282 5599

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

167 - Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada na origem para telefones celulares

<b>DADOS DO CLIENTE</b> <b>GISELLE VALENCA DE MEDEIROS</b>	<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>04/08/2016</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> 21/07/2016	<b>CONTA CONTRATO</b> <b>2525983016</b>
<b>ENDEREÇO</b> RUA FRANCISCO ALVES 105 -PR AP-104 -COND EDIF SIGMA TRADE CENTER -ILHA DO LEITE/RECIFE -50070-490 RECIFE PE -	<b>TOTAL A PAGAR</b> <b>R\$ 163,62</b>	<b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> 28/07/2016	<b>CLASSIFICAÇÃO</b> COMERCIAL Monofásico B3
<b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> 002683800			

<b>PERÍODO CONSUMO</b> 21/06/2016 a 21/07/2016	<b>CONSUMO</b> 214
---	-----------------------

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 35,65

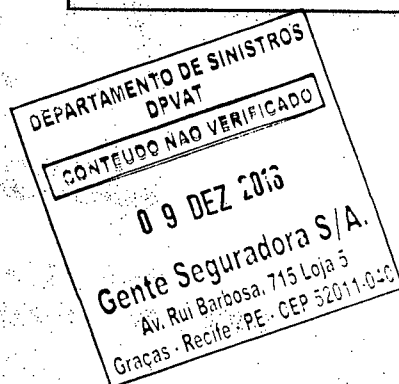
<b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b>	<b>VIA PARA PAGAMENTO</b>
------------------------------	---------------------------

Destaque aqui

<b>CONTA CONTRATO</b> 2525983016	<b>MÊS/ANO</b> 07/2016	<b>TOTAL A PAGAR</b> R\$ 163,62	<b>VENCIMENTO</b> 04/08/2016	<b>TALÃO DE PAGAMENTO</b> <b>Evite dobrar e perfurar ou rasurar.</b> <b>Este canhoto será usado em leitora ótica.</b>
-------------------------------------	---------------------------	------------------------------------	---------------------------------	---

Pagamento através de Débito Automático em Conta Corrente.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



**DECLARAÇÃO**  
**Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

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

Pelo exposto, eu Giselle Valmea de Medeiros, portador(a) do RG nº 2574273, expedido por SSP PE, em 12 / 11 / 1985, CPF/CNPJ nº 033.249.034-91, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Alexandre Luiz da Conceição do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Alexandre Luiz da Conceição, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recuso - me Renda Mensal: R\$ Recuso - me

Documentos comprobatórios: Recuso - me

Giselle Valmea de Medeiros  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
09 DEZ 2013  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Gracós - Recife - PE - CEP 520-11020

070P

1046

RE  
SJ

# ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

FEMG.10

10 34

Proced

☐ Dor

\* Caso pr

Horá

QUEI

SSVV: FR

SATURAÇÃO O2

TEMPERATURA

DOR ( ) SIM ( ) NÃO LOCAL

Care ☐ Outros:

modiálise, seguir protocolo de medidas de precaução de contato da CCIH.

RT

h

PA

Documentação médico Hospitalar



\*0006\*

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEI

Nasc: 03/06/1979 37a0m8d

Reg: 1158714 Pren: 00035013

UNIMED RECIFE/EM Sexo: M

Entrada: 11/06/2016 Hora: 10:4

Matricula: 9940018505717001

N. Soc:

Leito: UR

## Antecedentes

HAS

☐ Sim ☒ Não

Tabagismo

☐ Sim ☒ Não

Alergias

☐ Sim ☒ Não

DM

☐ Sim ☒ Não

Etilismo

☐ Sim ☒ Não

Quais:

Outros:

## Medicamentos em uso

Ass. Enfermagem:

Horário do início do atendimento médico

H.D.A

Bom dia vítima de acidente de moto há 9 horas  
negando de consultaria visuais e vomitos  
apresentando fr dos ossos do Perna D. mas o  
relato que no local, nega outros sintomas

Asma/DPOC

☐ Sim ☒ Não

Angina/IAM

☐ Sim ☒ Não

Internamento últimos 60d

☐ Sim ☒ Não

AVC

☐ Sim ☒ Não

Dist. coag.

☐ Sim ☒ Não

Motivo:

Convulsões

☐ Sim ☒ Não

Neoplasia

☐ Sim ☒ Não

Uso de ATBs nos últimos 60d

☐ Sim ☒ Não

IRA/IRC

☐ Sim ☒ Não

Uso de QT

☐ Sim ☒ Não

Quais:

Cirurgias prévias

☐ Sim ☒ Não

Outros:

## Exame físico

Geral: Temperatura °C

ORL:

AR: FR irpm

ACV: PA / mmHg FC bpm

ABD:

SN:

Extremidades:

## Hipóteses diagnósticas

1- Fratura dos Ombros do Perna D.

CID 10:

2-

CID 10:

Ass. Médica:

Dr. Lucas M. G. de Medeiros  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 10000

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nasc: 03/06/1979 - 37a0m10d

Reg: 1158797 - Pront: 000350195

UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M

Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14:49

Matricula: 09940018506717001

N. Soc:



Leito: 220-B

Nome: Alexandre Luiz da Conceição Registro: 1158797  
 Data da Cirurgia: 13/06/16 Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
 Cirurgião: M. Daniel Campos 1º Auxiliar: M. Thiago Barreto  
 2º Auxiliar: \_\_\_\_\_ 3º Auxiliar: \_\_\_\_\_ Instrumentador: Widiane  
 Anestesista: Mirella Tavares

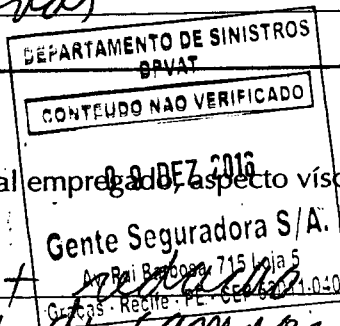
Diagnóstico pré-operatório: Fratura de bula NívelDiagnóstico pós-operatório: o mesmo

Cirurgia Proposta: Tratamento cirúrgico de fratura de bula  
+ osteotomia de peelho + tenoplastia da tendão patelar  
 Cirurgia Realizada: A mesma

Relatório imediato do patologista: ØExame radiológico no ato: EnfartadoIntercorrências durante a cirurgia: Necessidade de abrir o foco de fratura  
pois tinha partes moles interpostas

## Descrição Cirúrgica

Via de acesso, tática e técnica, ligaduras, drenagem, sutura, material empregado, aspecto vísceras.



- 1) Paciente em DDH + raspagem interna + drenagem
- 2) Anestesia + antiespasmódico + aspiração de campos e drenagem
- 3) Incisão em face anterior de peelho de 10 cm + drenagem por planos + osteotomia de peelho + exposição de placa tibial
- 4) Introdução de fio guia em placa lateral + fixação da parte proximal da ossa com moles
- 5) Fixação (sem epul)
- 6) Incisão em região anteroposterior de perna por na altura da fratura + drenagem por planos + redução de partes moles de fratura de tibia + redução de fratura
- 7) Fretagem da canal medular
- 8) Introdução de haste de bula Tasmun 101 350 + parafusos de bloqueio + tampas
- 9) Tenoplastia do tendão patelar + reposição de tendão

Thiago Barreto  
 Daniel Campos  
 W. Vidiane  
 M. Tavares  
 CRMP





REDE / OR <b>SÃO LUIZ</b>	FORMULÁRIO/ INSTITUCIONAL				Página 1/2	ESPERANÇA
	Elaboração 06/11/2014	Efetivação 28/04/2016	Código: HESP.INS.FOR.54	Versão: 01		
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM						

NOME	ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO
DATA	13/06/16
REGISTRO	
LEITO	
DIAGNÓSTICO	F. de TÍBIA

Nas: 03/06/1979 - 37,50m8d  
 Reg: 1158797 - Pron: 000350195  
 JNIMED RECIFE/PL - Sexo: M  
 Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14:49  
 Matrícula: 09940018506717001  
 V. Soc:  
 Leito: 220-B

RISCO DE LESÃO DE PELE ASSOCIADO À DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE NO LEITO EVIDENCIADO PELO ESCORE DA ESCALA DE BRADEN													
CD:	<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE DECÚBITO DE 3/3h	08	11	14	17	20	23	02	05	08	11	14	17
RISCO DE ITU EM PACIENTES COM IRC, OLIGÚRICOS													
CD:	<input type="checkbox"/> SVA 3 X SEMANA CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.												
RISCO DE FLEBITE ASSOCIADO AO USO DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO E/OU UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA, EVIDENCIANDO POR SINAIS FLOGÍSTICOS ESCALA DE MADOX.													
CD:	<input checked="" type="checkbox"/> TROCA DE AVP A CADA 72h INT 11/06 TROCA 14/06												
	<input type="checkbox"/> TROCA DE EQUIPO A CADA 72h.												
	<input checked="" type="checkbox"/> VIGILÂNCIA DO SÍTIO DE PUNÇÃO.												
RISCO DE SANGRAMENTO / HEMORRAGIA RELACIONADO A:													
CD:	<input type="checkbox"/> USO DE ANTICOAGULANTES (HEMOFOL / HEPARINA EM ALTA DOSAGEM).												
	<input type="checkbox"/> PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: _____												
	<input type="checkbox"/> MEDIR DÉBITO DE DRENO A CADA 12h.												
	<input type="checkbox"/> VIGILÂNCIA CLÍNICA/ SSVV.												
RISCO PARA DISFUNÇÃO CARDIOVASCULAR SECUNDÁRIO AO USO DE MEDICAMENTO DE ALTA VIGILÂNCIA													
CD:	<input type="checkbox"/> CLORETO DE POTÁSSIO.												
	<input type="checkbox"/> CLORETO DE SÓDIO 20%.												
	<input type="checkbox"/> SULFATO DE MAGNÉSIO 50%.												
	<input type="checkbox"/> ADRENALINA.												
	<input type="checkbox"/> VIGILÂNCIA DE FC/PA.												
CD:	<input type="checkbox"/> MONITORIZAÇÃO CLÍNICA (SINCOPE; TONTURA).												
RISCO DE HIPOGLEMIA / HIPERGLICEMIA / COMA RELACIONADO AO DIAGNÓSTICO DE DM E/OU INSULINOTERAPIA EM ALTA DOSAGEM.													
CD:	<input type="checkbox"/> INSERÇÃO NO PROTOCOLO DE CONTROLE DE CONTROLE GLICÊMICO.												
	<input type="checkbox"/> MONITORIZAÇÃO DE ESCALA DE COMA DE GLASGOW.												
RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO ASSOCIADO À GAVAGEM DE DIETA POR SNE/GTT/DÍSFAGIA/IDADE ACIMA DE 65 ANOS/OUTROS:													
CD:	<input type="checkbox"/> MANTER CABECEIRA A 45° 07h - 19h 19h - 07h												
	<input type="checkbox"/> ASPIRAR VIAS AERÉAS S/N.												
	<input type="checkbox"/> MANTER DECÚBITO ELEVADO DURANTE AS MOBILIZAÇÕES DO PACIENTE.												
	<input type="checkbox"/> MANTER O USO DE PERÍOGARD EM PACIENTE TQT.												

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 09 DEZ 2016  
 Gente Seguradora S/A.  
 Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
 Recife - PE - CEP 52011-020

# Anotações de enfermagem

Paciente atendido pelo ortopedista na urgência, punção do com autoguard nº 20, sênio e outro nº 20 com en + ivipix em RSB medicação conforme prescrição de Mercedes T. Enfermeira Tel: 225738

Luva Proc (Par): 02 Equip. Simples (Unid.): 01  
 Luva Estéril (Par): Equip. O/ Med (Bic)  
 Capote: Seringa 10cc  
 Fraldão: Seringa 5cc: 02  
 Algodão Hidrof (Pac. 100g): 02 Seringa 3cc  
 Agulha 13x4,5: Seringa 1cc  
 Agulha 25x4: Cateter Autoguard Nº: 20(02)  
 Agulha 25x8: Polífix:  
 Agulha 25x1,20: Iv Fix: 01  
 Agulha 40x12: 02 Microclava:

## ESCALA VISUAL ANALÓGICA

LEVE

MODERADA

INTENSA

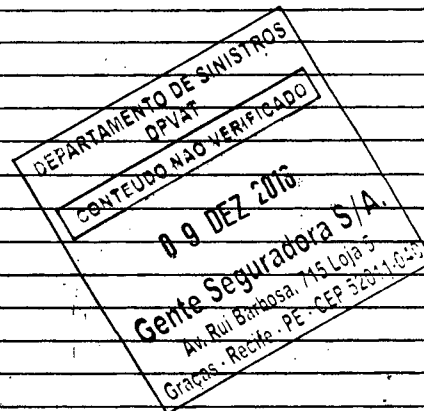
## Reavaliações

HORA:

HORA:

HORA:

HORA:



## Diagnóstico final do serviço de emergência

1 -

CID 10:

2 -

CID 10:

3 -

CID 10:

## Horário de Conclusão do atendimento h

## Destino do paciente

☐ Alta hospitalar ☐ Alta a pedido ☐ Evasão ☐ Óbito ☐ Transferência  
☐ Internamento ☐ UTI ☐ Apartamento ☐ Encaminhamento a outra especialidade

Dr. Lucas M. G. de Medeiros  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM-PE 20.220

Médico responsável pela conclusão do atendimento (assinatura e carimbo)

Hora	Anotações de enfermagem - Diurno
08:00	Recebo paciente em EGR, consciente, orientado, afável, eupneico, sem tosse, restrito no leito, e 1 AVP hidrolizado, em dieta zero p/ procedimento cirúrgico, se qui aguardando o bloco. R.
12:45	pac. retorna do B. e consciente, orientado, dieta liberada após efeito anestésico, AVP HDT 5500 estável, segue aos cuidados.
14:00	medicação conforme prescrito
18:00	medicação conforme prescrito segui aos cuidados. - Sueli
<div data-bbox="488 841 900 1253" data-label="Image"> </div>	
Nome técnico de enfermagem / COREN	

Hora	Anotações de enfermagem - Noturno
18:00	paciente retorna EGR, consciente, orientado, afável, eupneico, sem tosse, restrito no leito, e 1 AVP hidrolizado, em dieta zero p/ procedimento cirúrgico, se qui aguardando o bloco. R.
20:00	paciente medicado conforme prescrito
22:00	paciente medicado conforme prescrito
02:00	paciente medicado conforme prescrito
06:00	paciente medicado conforme prescrito
<div data-bbox="1966 815 2168 945" data-label="Text"> <p>Joyce Dutra Téc. Enfermagem COREN: 142802</p> </div>	
Nome técnico de enfermagem / COREN	





ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

DATA: 14/06/16

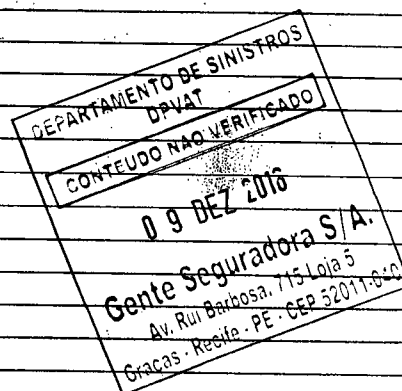
HORA: 18:00

Nasc: 03/06/1979 - 37a0m9d  
Reg: 1158797 - Pront: 000350195  
UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M  
Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14:49  
Matricula: 09940018506717001  
N. Soc:



Leito: 220-B

Paciente: Alexandre Luiz da Conceicao  
Data da Admissão: 14/06/16 Data da Alta: 14/06/16  
Incluído em Protocolo? ( ) sim (x) não Qual?  
**Resumo da história clínica**  
Paciente submetido a tratamento  
cirúrgico  
sem intercorrências  
**Diagnósticos:**  
1 Fratura do fêmur na 3  
2 4  
**Destino:**  
(x) Alta para acompanhamento ambulatorial ( ) Transferência para internamento domiciliar  
( ) Transferência para outro serviço  
**Programação/ Orientação após alta:**  
Medicamentos (listar): cefalexim + naproxeno  
**Restrição para atividade física. Número de dias:**  
**Dieta especial/ restrição dietética:**  
(x) Fisioterapia motora ( ) Fisioterapia respiratória ( ) Fonoterapia  
Retornar ao consultório do médico assistente em \_\_\_\_\_ dias.  
**Outras Observações:** Retornar ao consultório do Dr. Daniel  
comprando remédios para 12:30h dia 22/06/16  
**Atenção:** Em caso de emergência, comunique-se com seu médico ou dirija-se ao serviço de emergência do Hospital Esperança, trazendo consigo esta via.



**ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO**

Nasc: 03/06/1979 - 37a0m8d  
Reg: 1158797 - Pront: 000350195  
UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M  
Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14:49  
Matricula: 09940018506717001  
N. Soc:



Leito: 220-B

Parte 1. Triagem inicial		Sim	Não
1	Paciente apresenta IMC < 20,5?	X	
2	Houve perda de peso nos últimos 3 meses?		X
3	Houve redução na ingestão de alimentos na última semana?		X
4	Paciente apresenta doença grave, está em mau estado geral ou em UTI?		X

**Sim:** se a resposta for "sim" para qualquer uma das questões, continue e preencha a parte 2.

**Não:** se a resposta for "não" para todas as questões, reavalie o paciente semanalmente. Se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar Terapia Nutricional para evitar riscos associados. Continue e preencha a parte 2.

**Parte 2. Triagem do risco nutricional**

Estado nutricional		Gravidade da doença (efeito do estresse metabólico no aumento das necessidades nutricionais)	
<b>Ausente (Pontuação 0)</b>	Estado nutricional normal.	<b>Ausente (Pontuação 0)</b>	Necessidades nutricionais normais.
<b>Leve (Pontuação 1)*</b>	Perda de peso > 5% em 3 meses ou; Ingestão alimentar abaixo de 50-75% da necessidade normal na semana anterior.	<b>Leve (Pontuação 1)*</b>	Fratura de quadril; Pacientes crônicos com complicações agudas: cirrose, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); diabetes, câncer; hemodiálise crônica.
<b>Moderado (Pontuação 2)*</b>	Perda de peso > 5% em 2 meses ou; IMC 18,5-20,5 + condição geral comprometida ou; Ingestão alimentar abaixo de 25-60% da necessidade normal na semana anterior.	<b>Moderado (Pontuação 2)*</b>	Cirurgia abdominal de grande porte; Acidente vascular cerebral (AVC); Pneumonia grave; Doenças malignas hematológicas (leucemias e linfomas).
<b>Grave (Pontuação 3)*</b>	Perda de peso > 5% em 1 mês (>15% em 3 meses) ou; IMC < 18,5 + condição geral comprometida ou; Ingestão alimentar entre 0-25% da necessidade normal na semana anterior.	<b>Grave (Pontuação 3)*</b>	Trauma craniano; Transplante de medula óssea; Pacientes em cuidados intensivos (APACHE > 10).

Escore total = 2

**Para calcular o escore total:** A. Encontre o escore (de 0 a 3) para o estado nutricional e para a gravidade da doença (escolher apenas a variável de maior gravidade); B. Some os dois escores para obter o escore total; C. Se o paciente apresentar idade >= 70 anos, adicione 1 ponto ao escore total para ajustar a fragilidade dos idosos.

**Pontuação >=3:** o paciente está em risco nutricional e a terapia nutricional deve ser iniciada.

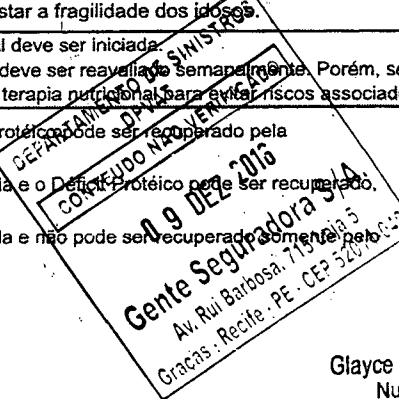
**Pontuação <3:** no momento, o paciente não apresenta risco nutricional e deve ser reavaliado semanalmente. Porém, se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar terapia nutricional para evitar riscos associados.

\*Pontuação = 1: a necessidade protéica está aumentada, mas o Déficit Protéico pode ser recuperado pela alimentação oral ou pelo uso de suplementos, na maior parte dos casos.

\*Pontuação = 2: a necessidade protéica está substancialmente aumentada e o Déficit Protéico pode ser recuperado, na maior parte dos casos, com o uso de suplementos orais/dieta enteral.

\*Pontuação = 3: a necessidade protéica está substancialmente aumentada e não pode ser recuperada somente pelo uso de suplementos orais/dieta enteral.

Fonte: Kondrup et al. 2003.



Glauce Janine Bezerra  
Nutricionista  
CRN6 8535

Nutricionista

12/6/16

Data: 13.06.2016

Acomodação: ENF.

Paciente

Sexo

Cor

Idade

Risco

CRM

Nome do Anestesiologista

Nome do Cirurgião

Medicação Pré-anestésica

Urgência

☐ NÃO

☒ SIM

Cirurgia

08:40h

09:40h

10:40h

Drogas usadas

Quantidade

O<sub>2</sub>

N<sub>2</sub>O

Líquidos

SaO<sub>2</sub>

ETCO<sub>2</sub>

ECG

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

Anotações

**ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO**

Nasc: 03/06/1979 - 37a0m10d

Reg: 11587977 - Pront: 000350195

UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M

Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14:49

Matricula: 09940018506717001

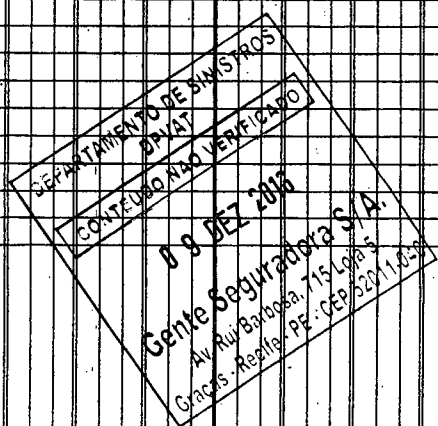
N. Soc:



Leito: 220-8

Técnicas Anestésicas

Laquiamessem  
Pete sentando  
primeiro no banco  
após o curio  
26G, 13-14, 6C  
De final - 1/  
interconector



Monitorização

☒ Cardióscópio

☒ Oxímetro

☒ PNI

☐ Sonda Vesical

☐ Capnógrafo

☐ Estet. Pré-cordial

☐ Outros

☐ BIS

☐ Temperatura

☐ Swan-Ganz

☐ Analisador Gases

☐ PVC

☐ Estimulador de Nervo

☐ Linha Arterial

☐ Volemia IBP Plus

Encaminhado

☒ Acordado

☐ Sonolento

☐ Entubado

Destino

☒ SRPA

☐ UTI

☐ Externo

☐ Apart./ Enf.

Caso encaminhamento para apartamento:

Paciente preenche critérios de alta SRPA?

☐ SIM

☐ NÃO

Escore de Aldrete:

Interocorrência:

☒ NÃO

☐ SIM

Descrever:

Observações:

Verificação do funcionamento antes do procedimento:

Carro de Anestesia

☒ SIM

☐ NÃO

Material de Assistência Ventilatória

☒ SIM

☐ NÃO

**Dra. Mirella Tavares**  
Médica Anestesiologista  
CPF 028.092.074-10  
227 / CBO - 228 / 104



## FICHA DE ADMISSÃO NA SRPA

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO

Data: 13/06/16 Hora: 11:00

Internado: ☒ Sim ☐ Não

ASA: 1

Urgência: ☐ Sim ☒ Não

Nasc: 03/06/1979 - 37a0m10a  
 Reg: 1158797 - Pront: 000350195  
 UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M  
 Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14:49  
 Matrícula: 09940018506717001  
 N. Soc:



Leito: 220-B

Patologias prévias e medicações em uso:

Intercorrências no transoperatório:

Parâmetros na saída da SO e evolução na SRPA

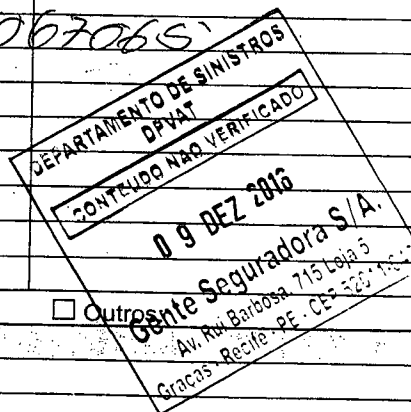
Hora/Parâmetro	H: 11:00 ADMISSÃO	H:	H:	H:	H:	H:	H:	H:	H: 12:30 Alta SRPA
PA	132x64								110x66
SpO2	99%								99%
Consciência	Sono 3x								Acordado
Atividade	Bloqueio de MMII								MMII
Respiração	Eupneica								Eupneica
Freq. Resp.	-								-
Diurese	Spontânea								Spontânea
Freq. Card.	81								77
Aval. Numér. DOR	-								-
Temp °C	36,1								36,1

Evolução Médica:

Paciente admitido na SRPA após Resuscitação. NO momento 503 expirado. Sinais vitais estáveis e satisfatórios. Sem queixas. Bloqueio motor em MMII. Manter em observação.

Prescrição Médica:

Monitorização / Medicação	Horário	Enfermagem
1. Monitorização	11:00	
2. Suplementar de O2 5L 24h	11:00	
3. RL 500ml de 10% KCl	11:00	
4. Curativos	11:00	

Uso de: ☒ Manta térmica ☐ Meias elásticas ☐ Compressa gelo curativo ☐ Outros

Intercorrências:

Condições de Alta/Escore Aldrete e Kroulik modificada:

Acordado, sem queixas, estável, sinais vitais, Aldrete 10 - Destino: SRPA

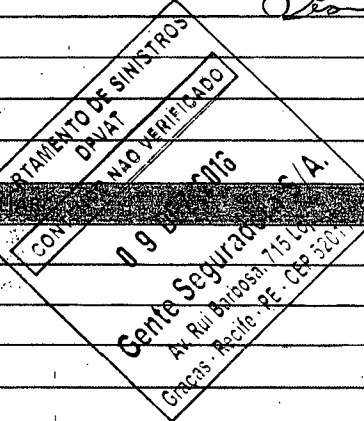
Alta Médica da SRPA: Data: 13/06/16 Hora: 12:30 Destino: ☒ Apt/Enf. ☐ UTI ☐ Residência

Assinatura / carimbo

Escala de Aldrete e Kroulik modificada

em	Nota	Item	Nota	Item	Nota	Item	Nota	Item	Nota
Atividade		Respiração		Consciência		Circulação (PA)		SpO2	
ove 4 membros	2	Profunda, tosse	2	Completamente acordado	2	+20% nível pré-anestésico	2	Mantém SpO2 > 92% em ar ambiente	2
ove 2 membros	1	Limitada, dispnéia	1	Despertando ao chamado	1	+20% a 49% nível pré-anestésico	1	Mantém SpO2 > 90% com O2	1

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO	
NOME COMPLETO:	Alexandre Luiz da Conceição	Nasc:	03/06/1979 - 37a0m8d
DATA DE NASCIMENTO:	/ /	Reg:	1158714 - Pront: 000350195
REGISTRO:		UNIMED RECIFE/EM - Sexo:	M
DATA DA ADMISSÃO:	11/06/16	Entrada:	11/06/2016 - Hora: 10:41
		Matricula:	9940018506717001
		N.Soc:	
		Leito:	URGEN
ANAMNESE			
MÉDICO ASSISTENTE:	MA: Dr. Antônio Abreu	FONE:	
QUEIXA PRINCIPAL/DURAÇÃO:	Ex dos Oms da Berra (5)		
H.D.A.:	<p>Paciente vítima de acidente de moto há 2 dias, após queda da motocicleta, sofreu vômitos. Pulso de importância - pens (5) e deformidade em ambas extremidades e edema no nos os Oms da Berra (5).</p>		
EXAME FÍSICO			
<p>Do - palpares + Deformidade de Deformidade</p>			
AR: FR	irpm	SaTO <sub>2</sub> :	
TEMPERATURA:	°C		
ACV: PA	/ mmHg	FC	bpm
ABD:			
SNC:			
EXTREMIDADES:			
RECONCILIAÇÃO MÉDICA			



Elaborador:	COMISSÃO DE PRONTUÁRIO
Aprovador:	ADRIANA PASSOS
Homologador:	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE
Data da Emissão:	03/09/2014
Revisão:	01
Data da Revisão:	03/09/2016
Página:	1 de 2

Dr. Lucas M. G. de Medeiros  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEPE 20.220



- Ex dos Unes do Prens. D  
- Ex diagnósticos de T. H. D

Intervenção para Teste de Círculo

<input type="checkbox"/> SEPSE	<input type="checkbox"/> DOR TORÁCICA	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> PAC	<input type="checkbox"/> ITU
<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA AO PARTO	<input type="checkbox"/> HEMORRAGIA DIGESTIVA	<input type="checkbox"/> IDOSO FRÁGIL	<input type="checkbox"/> CUIDADOS PALIATIVOS	
<input type="checkbox"/> CONTROLE GLICÊMICO	<input checked="" type="checkbox"/> TEV	<input type="checkbox"/> PNM NA CRIANÇA	<input type="checkbox"/> ASMA NA CRIANÇA	
<input type="checkbox"/> USG	<input type="checkbox"/> TC	<input type="checkbox"/> RM	<input type="checkbox"/> ECO	<input type="checkbox"/> EDA
<input type="checkbox"/> BRONCOSCOPIA	<input type="checkbox"/> LABORATÓRIO	<input type="checkbox"/> CINTILOGRAFIA	<input type="checkbox"/> SWABS DE VIGILÂNCIA	
<input type="checkbox"/> ISOLAMENTO DE CONTATO	<input type="checkbox"/> ISOLAMENTO RESPIRATÓRIO	<input type="checkbox"/> PADRÃO		
<input type="checkbox"/> DROGA VASOATIVA	QUAL (AIS):	PREVISÃO DE TÉRMINO: _____ DIAS		
<input type="checkbox"/> ANTIBIÓTICO	QUAL (AIS):			

DEPARTAMENTO DE  
OPNEUT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
09/09/2016  
Dr. Lucas M. de Medeiros  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE 68.220  
Gente S/A  
MÉDICO  
(ASSINATURA E CARIMBO)

Elaborador:	COMISSÃO DE PRONTUÁRIO
Aprovador:	ADRIANA PASSOS
Homologador:	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE
Data da Emissão: 03/09/2014	Revisão: 01
Data da Revisão: 03/09/2016	Página: 2 de 2

Data/Hora

Cada registro deve ser assinado e carimbado

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO

Nasc: 03/06/1979 - 37a0m8d

Reg: 1158712 - Pront: 000350195

UNIMED RECIFE/EM - Sexo: M

Entrada: 11/06/2016 - Hora: 10:41

Matricula: 9940018506717001

N. Soc:

Leito: URGEN



14hs.  
11/06/16

Paciente deu entrada neste serviço encaminhado da UPA após queda de moto há 19hs. com queixa de dor + deformidade em perna (D) + escoriações pelo corpo. Mega TCE, perda de consciência e trauma em coluna. Realizei Rx e imobilização em HSB. Após resultado solicitado internamento cirúrgico. HD: Fratura de tibia (D). segue com CCR, consciente, orientado, ss ve es taveis, eufórico, hidratado, corado, afebril, punção de BVP em HSB m medicação, com HSB imobilização, em repouso no leito. segue com solicitação de exames pré-op. para serem realizados no internamento. Risco e conduta em anexo.

RECIBO  
ENTRADA  
09/06/2016

12/06/16  
16:20h

SUV - Fratura de tibia m  
Paciente bem, sem queixas  
colateral, corado, eufórico  
Edema mat.  
Bem perfundido perfundido  
(D: ligadura pré-op

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
09 DEZ 2015  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Recife - PE - CEP 52011-020

11  
06  
16

Conceição Pinheiro

Fratura tibia (D)

Síndrome coronária  
NENH (H) DM, DLP, HEC (D) T66; FEN  
NENH FEN 02 MUMUMUM

NENH SUCAL. CARRICA PRINHA SIN SUCAL  
AO MUMUMUM MUMUMUM AN MUMUMUM

PA:

ECG: SINUS Y FC 100 NORM

ASSINADO CONDOMINIO CIVIL (BOVKA)

MUMUMUM MUMUMUM P/ TUP / TEP. Y CARRICA

Dr. Carlos Eduardo G. Santos  
CRM 16344 - PE  
Cardiologista Intervencionista

**ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO**

Nasc: 03/06/1979 - 37a0m9d  
Reg: 1158797 - Pront: 000350195  
UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M  
Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14:49  
Matricula: 09940018506717001  
N. Soc.



Leito: 220-B

ta/Hora

Cada registro deve ser assinado e carimbado

13/06/16  
11:00h

SOA - Nota de evolução  
Paciente com fratura de anco  
do fêmur lux, sendo submetido  
a da e tratamento cirurgico  
com haste presa de tipo bloqueado  
+ inox. A redução a fratura com parafusos  
de polio, por via canoal, além de  
falta de fratura, observando pontos mais  
transparentes, tratando sua retirada  
cirurgica, assim, reduz a fratura do  
SOA

Dr. Alexandre S. S. Marinha  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PE 24013

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
09-DEZ-2016  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Osasco - SP - CEP 06011-040

Cada registro deve ser assinado e carimbado

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO

Nasc: 03/06/1979 - 37a0m9d  
Reg: 1158797 - Pront: 000350195  
UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M  
Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14.49  
Matrícula: 09940018506717001  
N. Soc:



Leito: 220-B

12/06/16  
18:30  
908 - ~~Admissão de lesão na~~  
~~paciente em, com queixa~~  
~~de dor no membro~~  
~~inferior direito, com~~  
~~ampliação de 8h de dor~~  
~~na região do tornozelo - náusea~~

Dr. Thiago José de A. Cararuna  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM PE 21443

### Enfermagem

Paciente portadora de lesão cirúrgica do  
12/04/16, em FOT, de fratura de tíbia,  
sinus vitais e estáveis, consciente, orientado,  
em repouso no leito, acamado, anestésico,  
eliminando líquidos em quantidade,  
eliminando fisiológicos, pele FO em MIB,  
veloso, (BVP) em MIB e com traqueia por  
5106, sem sinais de flegma, dieta por  
via oral, com boa aceitação, gesso por  
quadril + fíbula, com traqueia, gesso por  
72 horas, sem sinais de AUP a cada  
cuidados, sem sinais de AUP a cada

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
09 DEZ 2015

Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 Lajes  
Grav. Recife - PE - CEP 52011-900  
Superintendente  
CORREN 158.806

11/06/16  
12:05  
Paciente Evolve ao DPO fratura de Tibia (D);  
consciente e orientado; parado; anestésico;  
após, eufórico; fêtil ao leito; AUP em MIB com  
Hoca dia 14/06; Dieta VO; (Líquido (+) curativo  
em FO MIB limpo; MIB elevado; físico de  
quadril + fíbula auto; causa travada +  
gradus elevados, hoca AUP cada 3 dias.  
Segue aguardando visita médica.

Rosália Maria da Silva  
Enfermeira  
COREN 470.141



11/06/16

# ENFERMAGEM #

Paciente admitido procedente de EMERGÊNCIA. Paciente consciente, orientado, verbalizando. Cupélico, em ambiente. Apresento AVP em MSE. Com dieta U.A. Dieta U.A. Duas esponjas presentes. Apresento escoriações em todo o corpo. Apresento tórax em MID. Realiza doação e realização pareceres cardíacos. Riscos: quedas, fletite e infecção. Condutas: elevar e trocar gases, trocar AVP a os 12hs e começar com frotagem.

Dra. Mariana A. de Sá  
Enfermeira Intensiva  
Título AMB/ABR/ITI  
COREN 259.357

12/06/16

# Enfermagem #

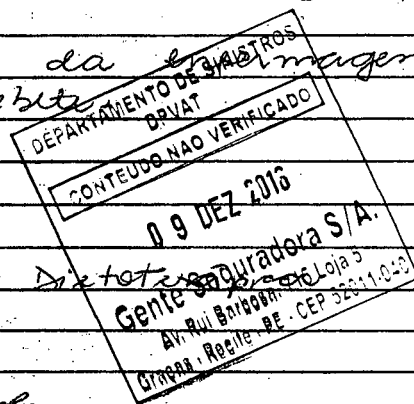
Paciente estável, orientado, resitado ao leito devido a fratura, com imobilização em MID, corado, inapetente, dieta U.A., MP em MSE + 14106, de.

Já o parecer do cardiologista, Ag. marcada de cirurgia.

Segue as medidas da enfermagem.  
Risco 1 queda + fletite

Cumulab.

36511

12/06/16  
13:15h

Assistência Nutricional - Admissão

MO: Fratura da tíbia

Paciente consciente, orientado, corado.

Nega comorbidades e alterações alimentares. Sem queixa de náusea e vômito. Escoriações ausentes, diurese presente.

Exame físico: depleção de massa muscular.

Antropometria: Peso 72kg, altura 1,88m, IMC: 20,3 Kg/m²

Diagnóstico nutricional: Eutrofia (0,5,95)

Risco nutricional: Ausente (0,5,95)

Nível de assistência: Primária. Meta nutricional: 2160Kcal e 100g de

Elaborador: JANNY LEONOR

Aprovador: COMISSÃO DE PRONTUÁRIO

Homologador: SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Data da Emissão: 20/01/2011

Revisão: 01

Data da Revisão: 20/01/2012

Página: 1 de 1

Glayce Viana Bezerra



Data/Hora

19/06/11

18:00

Cada registro deve ser assinado e carimbado

808 - A.D.P. - Prática de laboratório  
paciente bem, com dor leve no pé no  
to exam.  
- final: euf, alerta, corado, mucosas, apêndices  
- R.O. com hem. agudo  
- edema mal  
- boa resposta perfusiva  
- sensibilidade e motricidade preservadas  
- Paciente de R.O.  
CN: alta hospitalar

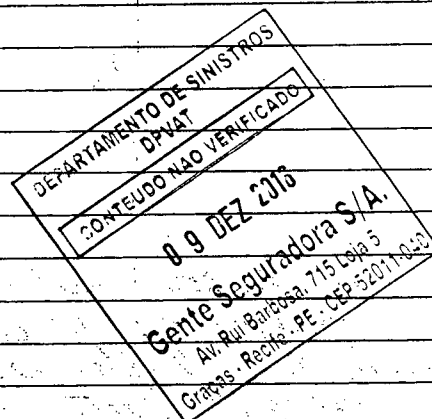
Dr. Thiago B. C. Martins  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE 21013

14/06/16

19h2

Segue de alta hospitalar.

Simone S. S. S.  
Enfermeira  
CRM-PE 145.172



Elaborador: JANNY LEONOR

Aprovador: COMISSÃO DE PRONTUÁRIO

Homologador: SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Data da Emissão: 20/01/2011

Revisão: 01

Data da Revisão: 20/01/2012

Página: 1 de 1



DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_ Kg

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

Nasc: 03/06/1979 - 37a0m3d  
Reg: 1158797 - Pront: 000350195  
UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M  
Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14:49  
Matricula: 09940018506717001  
N. Soc: \_\_\_\_\_  
Leito: 220-B



Hora: \_\_\_\_

CARIMBO DE ALERGIA / PROTOCOLOS:

CARIMBO ARSENAL:

ENVIADA

EM 11.06.16

As 16.06 hs.

ADM: *[Assinatura]*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO DA DIETA

DIETA:  
(ESPAÇO P/ MÉDICOS E  
NUTRICION)

Dieta VO livre para  
Zoda

Glaciane Bezerra  
Nutricionista  
CRN 8535

SND

PACIENTE EM USO DE TERAPIA NUTRICIONAL ORAL		PACIENTES EM USO DE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL		
CHECAR	CHECAR	CHECAR	HORA DO INÍCIO	HORA DO VENCIMENTO
		1ª ETAPA		
		2ª ETAPA		

ITEM	NOME DA MEDICAÇÃO	DOSE	VIA	INTERVALO	APRAZAMENTO DA MEDICAÇÃO
1	Norsalgina + AD	1G	EU	6/6h	18 24 06 18
2	felu Hidrolisado				Monte
3	Transl 100g + 100ml SF 0,9%		EU	8/8h	24 06 18
4	Profina + 100ml SF 0,9%	100g	EU	12/12h	24 08
5	Zofon + AD	4g	EU	8/8h	SIN SIN
6	Clonox 01mg	20g	SC	1x/dia	18 19
7	Cefotaxima + 100ml SF 0,9%	1G	EU	6/6h	18 24 06 18
8	Pontocel + Dispers	40g	EU	1x/dia	06
9	SSLU x CC CG				Gro Fico
10	Solicito Poucos endocrinologu				Comunica
11	laboratorio				
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Barbára Roche  
Enfermeira  
COREN: 299.184

Dr. Lucas M. G. de Medeiros  
Ortopedia e Traumatologia  
CRMPE 20.220


DR. THILSON  
Ortopedia  
CRMPE 20.173


DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
09 DEZ 2015  
Gente Seguradora S.A.  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Recife - PE CEP 52011-040

MÉDICO (A)

ENFERMEIRO (A) 1ª CHECAGEM

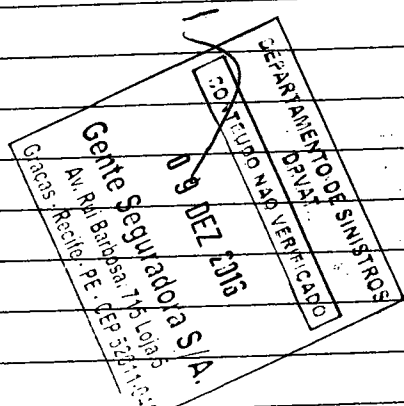
ENFERMEIRO (A) 2ª CHECAGEM

<b>REDE POR</b> <b>SÃO LUIZ</b>	<b>FORMULÁRIO/ INSTITUCIONAL</b>				 <b>ESPERANÇA</b>
	Elaboração 06/11/2014	Efetivação 28/04/2016	Código: HESP.INS.FOR.54	Versão: 01	
<b>PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM</b>					

NOME			<b>ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO</b> Nasç: 03/06/1979 - 37a0m8d Reg: 1158797 - Pront: 000350195 UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14:49 Matrícula: 09940018506717001 N. Soc:  Leito: 220-B
DATA	11/06/16		
REGISTRO			
LEITO			
DIAGNÓSTICO	F. de Tíbio		

<b>RISCO DE LESÃO DE PELE ASSOCIADO A DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE NO LEITO EVIDENCIADO PELO ESCORE DA ESCALA DE BRADEN</b>													
CD:	<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE DECÚBITO DE 3/3h	08	11	14	17	20	23	02	05	08	11	14	17
<b>RISCO DE ITU EM PACIENTES COM IRC OLIGURICOS</b>													
CD:	<input type="checkbox"/> SVA 3 X SEMANA CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.												
<b>RISCO DE FLEBITE ASSOCIADO AO USO DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO E/OU UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA EVIDENCIANDO POR SINAIS FLOGÍSTICOS: ESCALA DE MADOX.</b>													
CD:	<input checked="" type="checkbox"/> TROCA DE AVP A CADA 72h												
	<input type="checkbox"/> TROCA DE EQUIPO A CADA 72h.												
	<input type="checkbox"/> VIGILÂNCIA DO SITIO DE PUNÇÃO.												
<b>RISCO DE SANGRAMENTO/HEMORRAGIA RELACIONADO A:</b>													
CD:	<input type="checkbox"/> USO DE ANTICOAGULANTES (HEMOFOL / HEPARINA EM ALTA DOSAGEM).												
	<input type="checkbox"/> PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: _____												
	<input type="checkbox"/> MEDIR DÉBITO DE DRENO A CADA 12h.												
	<input type="checkbox"/> VIGILÂNCIA CLÍNICA/ SSVV.												
<b>RISCO PARA DISFUNÇÃO CARDIOVASCULAR SECUNDÁRIO AO USO DE MEDICAMENTO DE ALTA VIGILÂNCIA</b>													
CD:	<input type="checkbox"/> CLORETO DE POTÁSSIO.												
	<input type="checkbox"/> CLORETO DE SÓDIO 20%.												
	<input type="checkbox"/> SULFATO DE MAGNÉSIO 50%.												
	<input type="checkbox"/> ADRENALINA.												
CD:	<input type="checkbox"/> VIGILÂNCIA DE FC/PA.												
	<input type="checkbox"/> MONITORIZAÇÃO CLÍNICA (SINCOPE; TONTURA).												
<b>RISCO DE HIPOGLICEMIA/ HIPERGLICEMIA/ COMA RELACIONADO AO DIAGNÓSTICO DE DM E/OU INSULINOTERAPIA EM ALTA DOSAGEM</b>													
CD:	<input type="checkbox"/> INSERÇÃO NO PROTOCOLO DE CONTROLE DE CONTROLE GLICÊMICO.												
	<input type="checkbox"/> MONITORIZAÇÃO DE ESCALA DE COMA DE GLASGOW.												
<b>RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO ASSOCIADO A ALIMENTAÇÃO POR SNE/GTT/DISFAGIA/IDADE ACIMA DE 65 ANOS OUTROS</b>													
CD:	<input type="checkbox"/> MANTER CABECEIRA A 45°												
	<input type="checkbox"/> ASPIRAR VIAS AERÉAS S/N												
	<input type="checkbox"/> MANTER DECÚBITO ELEVADO DURANTE AS MOBILIZAÇÕES DO PACIENTE.												
	<input type="checkbox"/> MANTER O USO DE PERIOGARD EM PACIENTE TO												

09 DEZ 2016  
 Genete Seguros S/A.  
 Av. Ruy Barbosa, 1123  
 Graças - Recife - PE

Hora	Anotações de enfermagem - Diurno
	<p>paciente admitido neste setor proveniente da emergência consciente, orientado, dieta por V.O. AUP HDT, paciente apresenta alergias medicamentosas, DM II HSA+, + lesões, SSUV estáveis, segue aos cuidados de enfermagem.</p> <p>18h paciente medicado de acordo com o plano EPR</p>
	
	<p>Nome técnico de enfermagem / COREN</p> <p>Mirna Amadeu</p>

Hora	Anotações de enfermagem - Noturno
19h	<p>Paciente plantado com paciente em E.O.R. consciente, orientado, verbalizando, com repouso no leito, eupneico, normotenso, normocorado, normosfigmico, com AUP (E) hidratado, fazendo uso de medicação IV, dieta, sem queixas no momento, com excoriação no corpo e fratura de tibia (D). Segue aos cuidados de enfermagem.</p>
20h	<p>Administração da medicação e.p.m.</p>
22h	<p>medicado e.p.m.</p>
24h	<p>medicado e.p.m. e SSUV aferidos.</p>
06h	<p>Paciente medicado e.p.m. + higienizado.</p>
07h	<p>Paciente plantado com paciente em E.O.R. consciente, orientado, verbalizando, eupneico, afébril, normotenso, normocorado, normosfigmico, AUP (E) em hidratação, higienizado, trocado lençóis, fazendo uso de medicação IV, sem queixas e segue em observação e aos cuidados de enfermagem.</p>
	<p>Nome técnico de enfermagem / COREN</p> <p>Rita (731.202)</p>

DATA: 13/06/16

PESO: Kg

Nome:

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO

Nasc: 03/06/1979 - 37a0m8d

Reg: 1158797 - Pron: 000350195

UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M

Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14:49

Matricula: 09940018506717001

N. Soc:



Leito: 220-B

Hora: 13:00

CARIMBO DE ALERGIA / PROTOCOLOS:

CARIMBO DE APROVAÇÃO

EM 12/06/16

A: 16 44 hs.

ADM: Gizeu

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO DA DIETA

DIETA: (ESPAÇO P/ MÉDICOS E NUTRICION)

sub livre, zero a ponto de mais nada

PACIENTE EM USO DE TERAPIA NUTRICIONAL	PACIENTE EM USO DE TERAPIA NUTRICIONAL	PACIENTE EM USO DE TERAPIA NUTRICIONAL
CHECAR	CHECAR	CHECAR

ITEM	NOME DA MEDICAÇÃO	DOSE	VIA	INTERVALO	APRAZAMENTO DA MEDICAÇÃO
1	Jules hidralizida				manter
2	Diprisona 2 ml + 8 ml	2 ml	IV	6/6h	18 24 06
3	Normal 100	1 amp	IV	8/8h	SIN > SIN
4	Propofol 100	1 amp	IV	12/12h	> 20 08
5	2 amp 4	2 ml	IV	8/8h	SIN > SIN
6	clonazepam 40	1 amp	SC	di 12h	> 17
7	clonazepam 1g	1 FA	IV	6/6h	18 24 06 12
8	Pantoloc 40	1 FA	IV	1x/d	06
9	Clofazimina			6/6h	gratific
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
09 DEZ 2016  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Graciosa - Recife - PE - CEP 52011-040

Dr. Thiago S. C. A. Araújo  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PE 21013

Fernanda Barbosa  
Enfermeira  
COREN-PE 273.205

MÉDICO (A)

ENFERMEIRO (A) 1ª CHECAGEM

ENFERMEIRO (A) 2ª CHECAGEM

Hora	Ataques de enfermagem - Diurno
08h	paciente isolado; consciente; orientado; está no leito em uso de fraldas; lucido; interação com o meio; regular; estado; hidratado; limpo; afeto; normotenso; normossférico; não hipoventilado; não embelezado; dieta W com duas acetos.
08h	Administado medicação IV com infusão lenta
12h	Administado medicação W com infusão lenta
17h	Administado medicação IV com infusão lenta
18h	Administado medicação IV com infusão lenta; regular os cuidados com a pele.
<div style="text-align: right;">             Luiz Claudio Luna da Silva              Técnico de Enfermagem              CRP 514           </div>	
<div style="text-align: center;"> </div>	
<div style="text-align: center;">             Nome técnico de enfermagem / COREN           </div>	

Hora	Anotação de enfermagem - Noturno
18h	paciente plantado e presente no leito com umite orientado ocausado. afeto. normotenso. oxígeno hidratado. no. prático da triagem D. orientado deitar doado sim.
20h	monitorado oxímetro prescrito
24h	monitorado oxímetro prescrito
08h	monitorado oxímetro prescrito.
monitorado com o uso de luvas para a colocação de gaze. troca de luvas e gaze. aguardando procedimento cirúrgico (sic) no tubo estomacal; monitorando o sistema gaze realizado no enfermeiro.	
<div style="text-align: center;">             Nome técnico de enfermagem / COREN           </div>	

DATA: 13, 08, 16

PESO: \_\_\_\_\_ Kg

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO

Nasc: 03/06/1979 - 37a0m10d

Reg: 1158797 - Pront: 000350195

UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M

Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14:49

Matricula: 09940018506717001

N. Soc: \_\_\_\_\_



Leito: 220-B

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

CARIMBO DE ALERGIA / PROTOCOLOS:

CARIMBO ARSENAL

ENVIADA

EM 13, 08, 16

A. 13. 25 hs.

ADM: \_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO DA DIETA

DIETA:  
(ESPAÇO P/ MÉDICOS E  
NUTRICION)

Leito branco após  
recuperação  
anestésica

Gláucia Janine B. ZBZBTA  
Nutricionista  
CRNG 8535

CHECAR	CHECAR	PACIENTE EM USO DE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL	
		CHECAR	HORA DO INÍCIO
		1ª ETAPA	
		2ª ETAPA	

SVD

MEDICAÇÕES

ITEM	NOME DA MEDICAÇÃO	DOSE	VIA	INTERVALO	APRAZAMENTO DA MEDICAÇÃO
1	SFO 90	1000 ml	IV	em 24h	at 2
2	Cefalotina 1g	1g	IV	6/6h	KK 20 02 08 18
3	Aluprimo 500mg/ml	1g	IV	6/6h	LY 20 02 08 18
4	Prapromid 100mg	1 amp	IV	12/12h	20 02 18 18
5	Tamoxifen 100mg	1 amp	IV	8/8h	Sedon 12
6	Zofran 4mg	2 ml	IV	8/8h	SIN 12
7	Clexon 40mg	1 amp	SC	24/24h	at 23h 28
8	MID clareado				ATT
9	CCGG 155W			6/6h	grafico
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
09 DEZ 2016  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Graciosa - Recife - PE - CEP 52011-020

Dr. Th. 220 - Dr. G. C. Araruna  
Ortopedia Traumatologia  
CRM-PE 21013

Dr. Agnere J. Cavalcanti  
Enfermeira  
COREN-PE 174

MÉDICO (A)

ENFERMEIRO (A) 1ª CHECAGEM

ENFERMEIRO (A) 2ª CHECAGEM



VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

1020050938

PROVIDO PLASTIFICAR

1020050938

REPÚBLICA DE PERNAMBUCO  
GOVERNADOR  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO  
CAMÉLIA MARQUES MARIANO

NOME  
ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO



DOC. IDENTIDADE (ONG. EMISSOR / UF)

5105361 88P PE

CPF

036.590.124-59

DATA NASCIMENTO

03/06/1979

FILIAÇÃO

NAO DECLARADO

SEVERINA LUIZA DA

CONCEICAO

PERMISSÃO

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AD

Nº REGISTRO

00570997223

VALIDADE

29/01/2020

1ª HABILITAÇÃO

30/03/1999

OBSERVAÇÕES

Exerce Ativ Remunerada

*Alexandre Luiz da Conceicao*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

RECIFE - PE

DATA EMISSÃO

02/02/2015

*[Signature]*

61199540920

PE064628582

ASSINATURA DO EMISSOR

SECRETARIA DE PERNAMBUCO

Documentos de Identificação



\*0012\*

SECRETARIA DE PERNAMBUCO  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO  
GENTE ORGANIZADA S.A.  
LUA BORGES  
LUA BORGES



\*0012\*

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: GISELE VALENCA DE MEDEIROS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: 2574273 SSP PE

CPF: 633.249.034-91 DATA NASCIMENTO: 20/10/1966

FILIAÇÃO: SOLOM DE MEDEIROS  
FILHO MIRIAM VALENCA DE MEDEIROS

PERMISSÃO: ACC CAT. HAB: B

Nº REGISTRO: 03961616101 VALIDADE: 28/10/2016 1ª HABILITAÇÃO: 12/11/1985

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
473953700

OBSERVAÇÕES: sem observações

ASSINATURA DO PORTADOR: *[assinatura]*

LOCAL: RECIFE - PE DATA EMISSÃO: 31/10/2011

ASSINATURA DO EMISSOR: *[assinatura]* 18542471121  
PR043470238

PROIBIDO PLASTIFICAR  
473953700

INSTITUTO DE SINISTROS  
DANILO  
09 DEZ 2015  
Gente Seguradora S.A.  
A.R. EMISSÃO: 18542471121  
PR043470238

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
 GISELE VALENCA DE MEDEIROS

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF  
 2574273 SSP PE

CPF  
 633.249.034-91

DATA NASCIMENTO  
 20/10/1966

FILIAÇÃO  
 SOLOM DE MEDEIROS  
 FILHO  
 MIRIAM VALENCA DE  
 MEDEIROS

PERMISSÃO  
 ACC CAT. HAB.  
 B

Nº REGISTRO  
 03961614101

VALIDADE  
 28/10/2016

1ª HABILITAÇÃO  
 12/11/1985

VALIDA EM TODOS  
 O TERRITÓRIO NACIONAL  
 473953700

OBSERVAÇÕES  
 sem observações

ASSINATURA DO PORTADOR  
*[Assinatura]*

LOCAL  
 RECIFE - PE

DATA EMISSÃO  
 31/10/2011

ASSINATURA DO EMISSOR  
*[Assinatura]*

18542471121  
 PE043470238

PROIBIDA PLASTIFICAR  
 473953700

CONTATO DE SINISTROS  
 09 DEZ 2013  
 Gento Seguradora S.A.  
 Av. R. Bruna de Lenc  
 11111-111



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 012300193770  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	551555270	*****	2015

NOME  
ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

JAB GUARARAPES-PE

CPF / CNPJ	PLACA
035.530.124-59	KIF5791

PLACA ANT / UF	CHASSI
***** / PE	9C3F00540DR149961

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
035 / MOTOCICLETA	ALCO/GASOL

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/MXR150 BROS ESD	2013	2013

CAP. POT. CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/149CL	PARTIC	PRETA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
IPVA 2015 QUITADO	1ª *****	2ª *****
FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO - COTAS	3ª *****
A 1	*****	

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO			

OBSERVAÇÕES  
AL. FID. BANCO MONDA SA

LOCAL	DATA
JAB GUARARAPES	10/04/16

Charles Andrews Sousa Ribeiro  
Diretor Presidente DETRAN/PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVA  
09 DEZ 2015  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa 715 Ld. 13  
Bairro - R. M. - PE - CEP 55011-140

## Declaração



Eu, ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO RG, 5105361 SSP/PE  
CPF 036.590.124-59, declaro que após ter sofrido acidente provocado por  
veículo automotor de via terrestre em 11/06/2016 fui socorrido por  
POPULARES, Telefone ( ) \_\_\_\_\_  
e Levado ao Hospital UPA

Declaro que além da documentação médica apresentada não tenho nenhum dos documentos adicionais contemporâneos ao acidente, conforme exige a SUPTEC - 005/2014, pois não recebi atendimento como: SAMU, Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto, Ambulância, etc. da mesma forma que não houve registro da ocorrência no local do acidente, tão pouco foi instaurado inquérito Policial da delegacia.

Declaro que estou a inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a Seguradora Lider entenda necessária para confirmação das informações prestadas no Boletim de Ocorrência Policial, pois estou ciente que caso as informações prestadas sejam falsas constitui em crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro.

**'Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado'.**

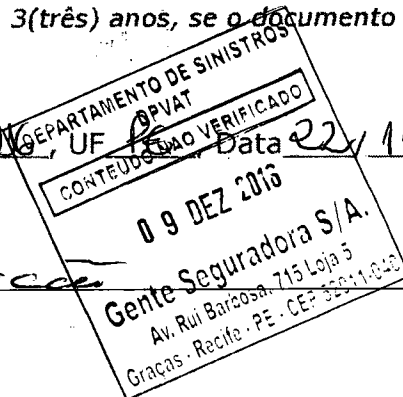
Também me responsabilizo pelo ora declarado e estou ciente que qualquer informação/declaração falsa prestada poderá incorrer conforme o Art. 299 do código penal.

**'Art. 299 - Omitir em documento publico ou particular declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato jundicamente relevante.**

**Penal reclusão de 1(um) a 5 ( cinco) anos e multa, se o documento é publico e reclusão de 1(um) a 3(três) anos, se o documento e particular'.**

Local, Recife, 22 de Novembro, 2016

x Alexandre Luiz da Conceicao



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160737933 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO **Data do acidente:** 11/06/2016 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

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

**Data da análise:** 23/12/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMA NA TÍBIA DIREITA

**Resultados terapêuticos:** LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS

**Sequelas permanentes:** COMPROMETIMENTO FUNCIONAL

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** MEMBRO INFERIOR 50%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** DORIAN BRAGA SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32571-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160737933 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO **Data do acidente:** 11/06/2016 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura fechada da tíbia direita com laceração de partes moles da perna direita

**Descrição do exame médico pericial:** Ao exame apresenta encurtamento de 4 cm e hipotrofia importante do membro inferior direito atrofiado, deambula com uso de muletas

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento cirúrgico com colocação de haste e pinos e fisioterapia

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do membro inferior direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 27/12/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Antonio Henrique Moreira

**CRM do médico:** 2445

**UF do CRM do médico:** PI

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

## PRESTADOR

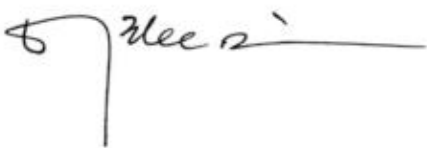
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PROCURAÇÃO



Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

## OUTORGANTE:

Nome: Alexandre Luiz da Conceição  
Brasileiro (a), estado civil: Solteiro, profissão: Chefe de Transporte  
RG nº 5.105.361, CPF/MF 036.590.124-59, com  
endereço residencial na AV Belem de juda Nº 58  
Ilhas Carneiros / Cavaleiros  
Galvões dos Guararapes - PE

## OUTORGADO:

Nome: Giselle Valença de Medeiros, brasileira, advogada, RG nº 2.574.273 / SSP / PE, CPF/MF nº 633.249.034-91, com endereço profissional à Rua Francisco Alves, nº 105, Sala 104, Edf. Sigma, Ilha do Leite, Recife – PE.

## PODERES:

Amplios poderes para praticar os atos administrativos do Seguro Obrigatório - DPVAT.



12 de Agosto de 2016

Alexandre Luiz da Conceição

outorgante

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DO 10º DISTRITO JUDICIÁRIO DA CAPITAL - RECIFE - PE  
Rua Falcão de Lacerda, 329 - Tejipió - CEP: 50930-010 - Fone: (81) 3265.5555  
Preenchido por Autenticidade a firma indicada de (350209329659) 1  
ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO

que confere c/ o padrão reg. neste cartório, Dou fé.  
Recife, 12 de agosto de 2016. En testº  
Felipe Henrique Monteiro da Silveira - Escrevente Autenticado  
Emol.: R\$ 5.63 - TSNR: R\$ 0.73 Total: R\$ 4.36  
\*\* Selo: 0073478.YGR08201601.01025 \*\*  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital)





**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**

Nome do(a) Examinado(a): **ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO** Sinistro: **3160737933** Data: **11/06/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **R BELEM DE JUDA, 58 - DOIS CARNEIROS - Jaboatão dos Guararapes - PE - CEP 54290-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **sds /PI** ] **5105361**

Data local do exame: [ **27/12/2016** ] **Recife** [ **PE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)  
**Fratura fechada da tíbia direita com laceração de partes moles da perna direita. Ao exame apresenta encurtamento de 4 cm e hipotrofia importante do membro inferior direito atrofiado, deambula com uso de muletas**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.  
**Submetido a tratamento cirúrgico com colocação de haste e pinos e fisioterapia**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [ **X** ] Sim [ ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**Limitação funcional do membro inferior direito**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o 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 \_\_\_\_ dias

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):  
**Membro inferior direito**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( **X** ) 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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

( ) Total = "100% da IS"

V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

  
Antonio Henrique Moreira - CRM: 2445 - PE