



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, 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, 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 inicio 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.

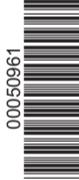
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento



0014

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

CPF 03659012459 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO CHEFG DE TRANS.

E RENDA MENSAL DE R\$ REFUSOU-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), 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) _____ Nº da CONTA (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 COMOQUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Recife, 22 de Novembro de 2016

LOCAL E DATA

Alexandre Luiz da Conceição

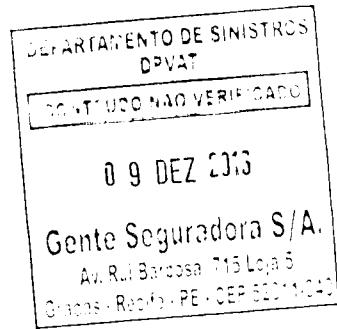
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





file:///C:/Users/Policia%20Civil/infopol.xmi/13/1/Preview.html

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 012ª CIRCUNSCRICAO - JARDIM SÃO PAULO - DP12ª CIRE
DIM/4ªDESEC

323432

119029116

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 16E0102003862

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

Complemento do BÔ Número: **16E0102003861**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (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:

**DESG. (NOME) (AUTOR) ACPNTF)
 ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvida(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 - SE: SEVERINA LUIZA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 30/3/1988 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: AVENIDA BELEM DE JUDA, 5a - CEP: 55000-000 - Bairro: COHAB - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

Qualificação do(s) objeto(s) envolvidos(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 Quantitado: 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 FABEOU POR EISURGIA E SOFREUUM LEITO NA Perna DIREITA. ATENÇÃO: HOUVE REIMPRESSÃO POIS HOUVE ERRO NA DATA E HORA DO FATO.



Policum da Ocorrência.

Página 2 de 2

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


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 5105363 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 / CAVALHEIRO Cidade JABOTICABA, 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: 00000090800-2

Nr. Autenticação

BRADESCO29122016050000000002370320800000090800708750 PAGO

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. JABOTÃO 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 PERNAS DIREITAS.

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:



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 ROIG TIBURCIO DE M
CRM: 22475

Dr. José Augusto Calafell
CRM/PE 22475

Esta conta deve ser paga com recursos públicos.



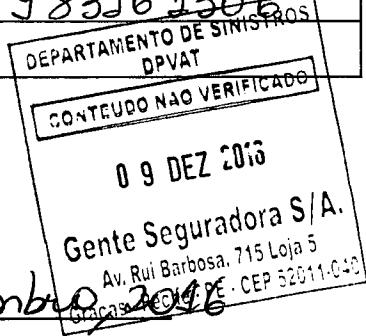
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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 / CAUATEIRO</u>
Cidade	<u>JABOATÃO</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>54290-000</u>
Telefone de Contato	<u>81 3126 1867 . 81 9 8316 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



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

CPF 047 333.034-24

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
001119887	ÚNICA	12/07/2018
CARTEIRAS/G	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO

12/07/2018 2002808891 1732584

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV BELEM DE JUDA 58

DOIIS CARNEIROS/CAVALEIRO
JABOATÃO DOS GUARARAPES PE
54.290-000

CONTA CONTRATO		MENSAJE
4000522207	07/2016	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
DATA DE VENCIMENTO	19/07/2016	11/08/2016
TOTAL DA FATURA (R\$)		14,86

DESCRIPÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	30.0000000	0,48372450	14,51
Multa por atraso-NF 001085339 - 10/08/16			0,27
Juros por atraso-NF 001085339 - 10/08/16			0,08

TOTAL DA FATURA

14,86

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR LEITURA	DATA ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTF	CONSUMO (kWh)
312122352	CAT	10/06/2016	33,00	12/07/2016	33,00	32	1,00000

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Año kWh	ICMS	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
JUL'16 30				
JUN'16 30	ICMS			
MAI'16 30	PIS	14,81	1,57	0,22
ABR'16 30	COFINS	14,81	7,25	1,06
MAR'16 30				
FEV'16 30				
JAN'16 30				
DEZ'15 30				
NOV'15 30				
OUT'15 30				
SET'15 30				
AGO'15 30				
JUL'15 30				

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

No dia de leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. Pagamento em atraso gera multa 2% (Res. 414/ANEEL-09/09/10) e Juros 1% m. (Lei 10.438-26/04/02), no próximo mês. Isenção do ICMS conforme Art. 9º, XLVII, a, 2.º, do RICMS-PE. O cliente é compensado quando há variação na contratação individual ou do nível de fornecimento de energia. O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo de fidelidade para os pedidos de estendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 02 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

CONTRATO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA					
Comunicação de débito e cobrança de débitos anteriores					
Vendido 01/07/16	De recebido 17/07/16	Valor 3,91	Vendido 01/07/16	De recebido 17/07/16	Valor

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 efeitos nacionais. Este comunicado não substitui o aviso de débito anteriores bem como não abrange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

As condições para a contratação (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e títulos de fornecimento de energia elétrica podem ser consultados em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br.



DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES		NÍVEIS DE TENSÃO	
TIPO	VALOR	LIMITE	LIMITE
ANNUAL	AN-2400	ANNUAL	ANNUAL
INTERSTRIAL			
INTERNA			

www.celpe.com.br

CAIXA ECONÔMICA 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. VINCLULADA: 0045

TERM 01640

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
CELPE COMPANHIA ENERGETICA/PE

VALOR DO PAGAMENTO: 14,86

838000000009 148600110045
000522207103 040898440431

203-564471414-0

13 VIA

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

S

B

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOSÉ DE BARROS 111 BOA VISTA
RECIFE PERNAMBUCO
CEP: 50050-932
CNPJ: 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 0005943-93



Grupo Neoenergia

www.celpe.com.br

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

COMERCIAL 116 PRONTIDAO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 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.

DADOS DO CLIENTE:

GISELLE VALENCA DE MEDEIROS

ENDEREÇO

RUA FRANCISCO ALVES 105 -PR-AP-
104 -COND-EDFR SIGMA TRADE
CENTER -ILHA DO LEITE/RECIFE
-50070-490 RECIFE PE -

PERÍODO CONSUMO

21/06/2016 a 21/07/2016

DATA DE VENCIMENTO

04/08/2016

TOTAL A PAGAR

R\$ 163,62

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

21/07/2016

DATA DA APRESENTAÇÃO

28/07/2016

NÚMERO DA NOTA FISCAL

002683800

CONTA CONTRATO

2525983016

CLASSIFICAÇÃO

COMERCIAL
Monofásico
B3

CONSUMO

214

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO

2525983016

MÊS/ANO

07/2016

TOTAL A PAGAR

R\$ 163,62

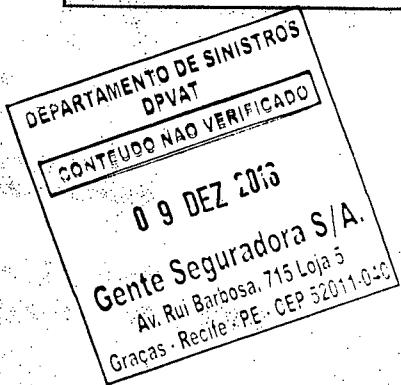
VENCIMENTO

04/08/2016

TALÃO DE PAGAMENTO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Pagamento através de Débito Automático em Conta Corrente.

DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP¹ 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 COAF².

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

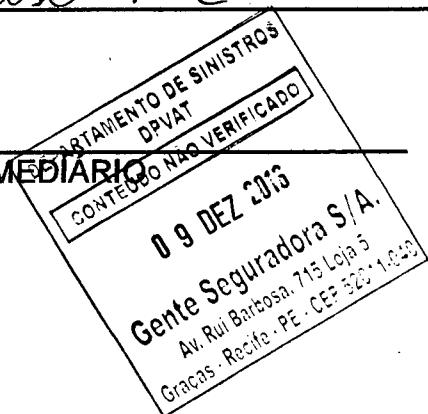
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Caroline Valente de Melo, portador(a) do RG nº 2.574.273, expedido por SSP PE, em 12/11/1985, CPF/CNPJ nº 633.249.034-91, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Alexandre Luiz da Conceição do sinistro de DPVAT da natureza Imobilizado, 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

Caroline Valente de Melo
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



RE SI	ATENDIMENTO EMERGÊNCIA	F.IEMG.10 50 34	
Proced	Documentação médica Hospitalar		
Dor	care <input type="checkbox"/> Outros: _____		
Caso pr	modálise, seguir protocolo de medidas de precaução de contato da CCIH.		
Horá	RT: _____ h		
QUEI	PA: _____		
SSV: FR _____	*0008*		
SATURAÇÃO O2 _____			
TEMPERATURA _____			
DOR () SIM () NÃO LOCAL			
Antecedentes			
HAS	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tabagismo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Alergias <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
DM	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Etilismo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Quais: _____
Outros: _____			
Medicamentos em uso			Nez
Ass. Enfermagem: _____			
Horário do início do atendimento médico			h
H.D.A			
<p>Boavista - Vitória da Conquista da Mata lít 9h00s nego jendo da consultoria nuns a vitórias ex dos onus do Pernas ① me olha mato. Que mico bost nego onus queles</p>			
Asma/DPOC	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Angina/IAM <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Internamento últimos 60d <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
AVC	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dist. coag. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Motivo: _____
Convulsões	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Neoplasia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Uso de ATBs nos últimos 60d <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
IRA/IRC	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Uso de QT <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Quais: _____
Outros:	Cirurgias Prévias <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
DEPARTAMENTO DE SINISTROS			
Exame físico			
Geral: Temperatura °C		CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
09 DEZ 2016			
ORL:			
Gente Seguradora S/A. Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5			
Graciosa - Recife - PE - CEP 52010-000			
SN: _____			
Extremidades:			
Primeros de escravo nos Ribeirão			
Hipóteses diagnósticas			
1 - Fractura dos ossos do Pernas ①			
2 -			
CID 10: _____			
Ass. Médica: _____			

Dr. Lucas M. G. de Medeiros
Ortopedista Traumatólogo
CRM-PE



Leito: 220-B

Nome: Alexandre Luiz da Conceição
Data da Cirurgia: 13/06/16 Início: Término: Leito:
Cirurgião: M. Nando campos 1º Auxiliar: M. Thiago Barreto
2º Auxiliar: 3º Auxiliar: Instrumentador: Anderson
Anestesista: Mirella Tavares

Diagnóstico pré-operatório: Fratura de tíbia e fíbula

Diagnóstico pós-operatório: idem

Cirurgia Proposta: Tratamento cirúrgico de fratura de tíbia + osteotomia de joelho + tinaoplastia da tendão patelar

Cirurgia Realizada: Idem

Relatório imediato do patologista: q

Exame radiológico no ato: Intervenção

Intercorrências durante a cirurgia: Necessidade de abrir o foco de fratura para tratar partes moles interpostas

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
BPVAT
CONTENDO NAO VERIFICADO
Gente Seguradora S/A.
Av. Rio Branco, 715 - 1a5
CEP 50040-040
RECIFE - PE - CEL 81 3211.0400

Descrição Cirúrgica

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

- (1) Paciente em PNH + náuseas + vômitos +
- (2) Anestesia + antibiótico + aeração de campo estéril
- (3) Faz incisão em faixa anterior de joelho 15 cm + desvitalização + osteotomia de joelho + exposição da placa tibial
- (4) Introdução de pinça em placa tibial + fresa da borda proximal da onda com molas
- (5) Fixação em régua anteroposterior da ferida PR na altura da fratura + desvitalização + placa + redução da ferida molar da profundidade tibial + redução da fratura
- (6) Fixação do canal medular
- (7) Introdução de haste de tíbia Fairhurst 101380 + 5 parafusos de ilíopatela + tampas
- (8) Técnica de osteosíntese das ondas patelares + redução da ferida

<input type="checkbox"/> ES1	Paciente requer intervenção imediata? - Irresponsivo, apnéia, entubado (ou que precise ser entubado) sem pulso (PCT), anêmia, sofrimento respiratório, trauma grave/queda sem resposta, afásico, dor no peito com sudorese/palidez, instabilidade, hemodinâmica.
<input type="checkbox"/> ES2	Suspeita de SCA, SIRS, confuso letárgico, sinais de AVC (hemiparesia), dor intensa (7 a 10), prenhez ectópica estable, QT com febre, intoxicação exógena.
<input type="checkbox"/> ES3	2 ou mais recursos
<input type="checkbox"/> ES4	1 recurso
<input type="checkbox"/> ES5	Nenhum recurso

Exames solicitados

Laboratório ECG LCR TC RMN Radiografia *Sér. 2* USG
 Hematologia Bioquímica Gasometria Coagulograma *Trans*

Resultados de exames solicitados

Laboratoriais:

horário realização:

USG:

horário realização:

TC:

horário realização:

RMN:

horário realização:

Radiografia:

horário realização:

ECG:

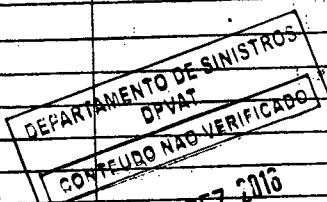
horário realização:

LCR:

horário realização:

Prescrição

Hora	Medicação	Apresentação	Quantidade	Via	Médico	Hora Adm.	Técnico
11:15h	<i>○</i> Profenid 100g + 100ml SF 0,9% FCU				Dr. Lucas M. G. de Medeiros Ortopedia e Traumatologia CREMEPE 20120	12:30	DM
	<i>○</i> Transf 100g + 100ml SF 0,9% FCU					13:30	DM



09 DEZ 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja B
Graciosa - Recife - PE - CEP 52010-100

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO

Nasc: 03/06/1979 - 37a0m8d
Reg: 1156714 - Print: 000350195
UNIMED RECIFE/EM - Sexo: M
Entrada: 11/06/2016 - Hora: 10:41
Matrícula: 9940018506717001
N. Soc:



Leito: URGEN

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

NOME				ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO		
DATA	13/06/16			Nasc: 03/06/1979 - 37a0m8d Reg. 1158797 - Pront. 000350195 JNIMED RECIFE/PL - Sexo: M Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14:49 Matrícula: 09940018506717001 J. Soc:		
REGISTRO						
LEITO						
DIAGNÓSTICO	F. de TIBIA			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, EVIDENCIADO 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 SITIO 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.														
CD:	<input type="checkbox"/> VIGILÂNCIA DE FC/PA.													
<input type="checkbox"/> MONITORIZAÇÃO CLÍNICA (SINCOPE; TONTURA).														
RISCO DE HIPOGLECEMIA / 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 Á 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
SOMENTE NÃO VERIFICADO
09 DEZ 2016
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 3
Cidade: Recife - PE - CEP: 52011-020

Antecedentes de enfermagem

Paciente atendido pelo ortopedista na urgências, preenchido com antecedente de que no dia anterior realizou cirurgia de luxação de quadril e que no dia anterior realizou cirurgia de luxação de joelho. Segue os cuidados da enfermagem.

Nome: **Merces**
CRM: **225738**
CPF: **225738**

Luva Proc (Par): 02 Equipo Simples (Unid.): 01
Luva Estéril (Par): Equipo p/ Med (Bic):
Capote: Seringa 10cc:
Fraldão: Seringa 5cc: 02
Algodão Hidrof (Pac. 100g): 02 Seringa 3cc:
Aguilha 13x4,5: Seringa 1cc:
Aguilha 25x4: Cateter Autoguard N°: 20 (02)
Aguilha 25x8: Polifix:
Aguilha 25x1,20: IV Flx: 04
Aguilha 40x12: 02 Microclava:

ESCALA VISUAL ANALÓGICA

LEVE | MODERADA | INTENSA

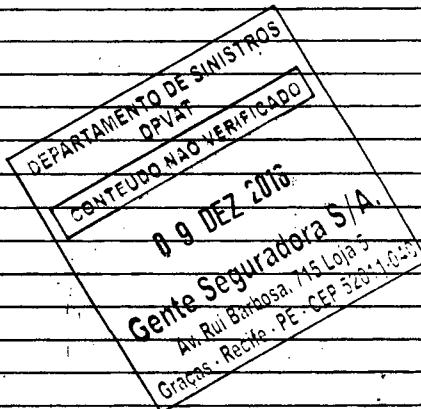
Reavaliações

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 20.525

Médico responsável pela conclusão do atendimento (assinatura e carimbo)

Hora	Anotações de enfermagem - Diurno
08:00	Recebo paciente em EGR, consciente, orientado, afibril, eupneico, sem mialgias, restrito ao leito, e/ AVP hidrolizado, em dieta zero p/ procedimento cirúrgico, seguindo aquecendo o bloco. Jr.
12:45	peço retorno do B. e. consciente, orientado, dieta líquida após efeitos anestésicos, ANP/HITSS e UV estavam, segue as cuidados.
14:00	medicado conforme prescrito
18:00	medicado conforme prescrito segui as cuidados. - sueli -
Nome técnico de enfermagem / COREN	

Hora	Anotações	enfermagem - Noturno
14h		paciente orientado, paciente lucidus, hipotensão arterial, paciente consciente, afibril, temperatura 36,9, respiração regular, paciente sente dor, paciente com medicamentos conforme prescrito
20h		paciente medicado conforme prescrito
23h		paciente medicado conforme prescrito
02h		paciente medicado conforme prescrito
06h		paciente medicado conforme prescrito
Joyce Dutra Tec. Enfermagem COREN: 142902		
Nome técnico de enfermagem / COREN Nome de enfermagem COREN: 142902		

DATA: 14/06/16

PESO: Kg

Nome: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO

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

Leito: 220-B
 Dat

Hora: 14:49

CARIMBO DE ALERGIA / PROTOCOLOS:

CARIMBO DE ALERGIA:

ENVIADA

EM 14/06/16

AS 18:36 hs.

ADM: Gaze

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA:
(ESPAÇO P/ MÉDICOS E
NUTRIÇÃO)

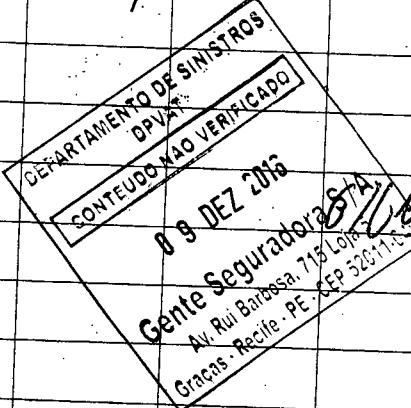
leito livre

APRAZAMENTO DA DIETA

CHECAR	CHECAR	PACIENTE SEM DETERMINAÇÃO			PACIENTE SEM DETERMINAÇÃO		
		PACIENTE SEM DETERMINAÇÃO			PACIENTE SEM DETERMINAÇÃO		
		1 ^ª ETAPA	HORA DO INÍCIO	HORA DE VENCIMENTO	2 ^ª ETAPA	HORA DO INÍCIO	HORA DE VENCIMENTO

SNQ

ITEM	NOME DA MEDICAÇÃO	DOSE	VIA	INTERVALO	APRAZAMENTO DA MEDICAÇÃO	
					1 ^ª ETAPA	2 ^ª ETAPA
1	Telco hidratado				continua manter	
2	Alfaclor 1g	1 Fd	IV	6/6h 08:14 20 02		
3	Ziprona 1g	2 ml	IV	6/6h 08:14 20 02		
4	Profenid 100g	1 amp	IV	11/12h 18:06		
5	T ramal 100g	1 amp	IV	8/12h 06		
6	Zofran 4g	2 ml	IV	8/18h 5/12 5/12		
7	Clexan 40g	1 amp	SC	24/12h 23		
8	M/D elevado					
9	Ciratines					
10	Alto manipulador					
11	C (66,51) V -					
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						



8/9 DEZ 2016
 Gente Seguradora S.A.
 Av. Rui Barbosa, 718
 Graciosa Recife - PE CEP 52011-111

Setor de Seguro
 Corretora de Seguros
 Centro de Atendimento
 CORRETORA DE SEGUROS
 C.R.S. 145.12

Dr. Rui Barbosa, 718
 Centro de Atendimento
 CORRETORA DE SEGUROS
 CRM-PE 2013

MÉDICO (A)

ENFERMEIRO (A) 1^ª CHECAGEMENFERMEIRO (A) 2^ª CHECAGEM

Hora	Anotações de enfermagem - Diurno
07hs	Recebe plantão a pa- ciente com EGR, consi- ciente, orientado, eupne- ico, afibril, normotensão, normofrigidez, com AJP em MSE em tri- dralacão, deambula com ajuda de muletas segue os cuidados.
08hs	Adm. Cefalotina + dipi- nora CP M. Aferido SSU/VO
12hs	Promocionado com ose autoguard N: 20 01 com ecdo e zero eeto + te- quidurina + polifito.
14hs	Adm. Cefalotina + dipi- nora CP M. Aferido SSU/VO
18hs	Adm. proferid CP M, segue sem queixa SSU
	<div style="text-align: right; margin-right: 20px;"> 09 DEZ 2016 Gente Seguradora SA A. Rui Batista, 115 loja 5 Gracis. Recife PE CEP: 52010-021 </div> <div style="text-align: right; margin-right: 20px;"> Cynthia A. R. de Alcantara Técnica de Enfermagem CREF/PE: 676.963 </div> <div style="text-align: right; margin-right: 20px;"> CONTEUDO NAO VERIFICADO OPNAT N.º DE SINISTROS </div>

Hora	Anotação de enfermagem - Noturno

ALEXANDRE LUIZ DR CONCEICAO

DATA: 11/06/16

HORA: 18:00

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

Leito: 220-B

Paciente:

Data da Admissão: 11/06/16 Data da Alta: 11/06/16

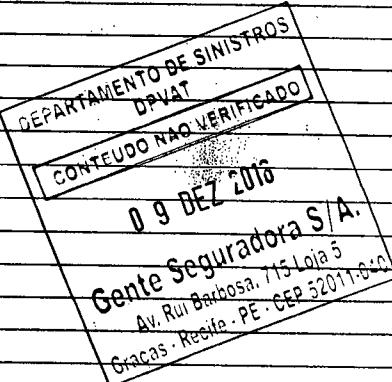
Incluído em Protocolo? () sim () não Qual?

Resumo da história clínica

Paciente submetido a tratamento
cirúrgico
sem intervenção

Diagnósticos:

1 Fratura do tíbia esq 3
2 4



Destino:

(Alta para acompanhamento ambulatorial () Transferência para internamento domiciliar
() Transferência para outro serviço

Programação/ Orientação após alta:

Medicamentos (listar): Clotostano + proptano

Restrição para atividade física. Número de dias:

Dieta especial/ restrição dietética:

(Fisioterapia motora () Fisioterapia respiratória () Fonoterapia

Retornar ao consultório do médico assistente em dias.

Outras Observações:

Retornar ao consultório do Dr. Renan
compar regularmente 1 vez a 30 dias 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.

Médico (Assinatura e carimbo)

Elaborador:	ADRIANA PASSOS; EDILENE TABARELLI		
Aprovador:	COMISSÃO DE PRONTUÁRIO		
Homologador:	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Data da Emissão: 30/04/2010	Revisão: 02	Data da Revisão: 21/02/2013	Página: 10 de 10

FICHA DE ANESTESIA

UNDE NESSA

F.ANS.01

Data: 13/06/2016

Acomodação: ENF.

Paciente

Sexo

Cor

Idade

Risco

CRM

Nome do Anestesista

Medicação Pré-anestésica

Cirurgia

Nome do Cirurgião

Hora

09:40h

10:40h

O₂

N₂O

Líquidos

SaO₂

ETCO₂

ECG

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

X

Anotações

Nega comorbidades
Migra Alumpres
Tefen

Monitorização	<input type="checkbox"/> BIS	<input type="checkbox"/> Encaminhado
<input checked="" type="checkbox"/> Cardioscópio	<input type="checkbox"/> Temperatura	<input type="checkbox"/> Acordado
<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro	<input type="checkbox"/> Swan-Ganz	<input type="checkbox"/> Sonolento
<input checked="" type="checkbox"/> PNI	<input type="checkbox"/> Analisador Gases	<input type="checkbox"/> Entubado
<input checked="" type="checkbox"/> Sonda Vesical	<input type="checkbox"/> PVC	
<input type="checkbox"/> Capnógrafo	<input type="checkbox"/> Estimulador de Nervo	<input checked="" type="checkbox"/> SRPA
<input type="checkbox"/> Estet. Pré-cordial	<input type="checkbox"/> Linha Arterial	<input type="checkbox"/> UTI
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Volemia IBP Plus	<input type="checkbox"/> Externo

Destino
 SRPA UTI Externo
 Apart./ Enf.
Caso encaminhamento para apartamento:
Paciente preenche critérios de alta SRPA?
 SIM NÃO
Escore de Aldrete: _____

Intercorrência: NÃO SIM

Descrever:

Observações:

SEPARAMENTO DE SRPA
CONTÉNUO NÃO VERIFICADO
08/06/2016
Gente Seguradora SP
AV. Rui Barbosa, 7150
Graciosa, Recife, PE
C.E.P. 52110-030

Verificação do funcionamento antes do procedimento:

Carro de Anestesia

SIM NÃO

Material de Assistência Ventilatória

SIM NÃO

11 Dra. Mirella Tavares
Médica Anestesiologista
ZOF 089.092.074-10
CBO - 223704

INFORMAÇÕES PESSOAIS		ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO	
NOME COMPLETO:		Nasc.: 03/06/1979 - 37a0m8d	
DATA DE NASCIMENTO:		Res.: 1158714 - Front.: 000350195	
REGISTRO:		UNIMED RECIFE/EM - Sexo: M	
DATA DA ADMISSÃO: 11/06/16		Entrada: 11/06/2016 - Hora: 10:41	
		Matrícula: 9940016506717001	
		N. Soc.:	
		Leito: URGENCIAS	
MÉDICO ASSISTENTE: MA: Dr. Contorno Bento		FONE:	
QUEIXA PRINCIPAL/DURAÇÃO: Ex dos ossos da Perna (D)			
H.D.A.:			
<p>Paciente vítima de acidente de trânsito há 5 dias, com perda de conscientes, náuseas e vômitos. Relata dor importante e perna. Aferiu-se 30 mmHg. Exames: Exames e escorpiões negativos. Festeira de fraturas dos ossos da perna (D).</p>			
<p>Dor à palpitação + Doloroso da perna</p>			
AR: FR _____ irpm	SaTO ₂ : _____		
TEMPERATURA: _____ °C			
ACV: PA _____ / mmHg	FC _____ bpm		
ABD:			
SNC:			
EXTREMIDADES:			
<p>DECLARAÇÃO DE AGRADECEMÉNTOS</p> <p>CONFERIDA: 09/09/2016 Cente Segurado - CONCEIÇÃO Av. Rui Bento, 715 Lote 32 Gracis, Recife, PE, CEP 52022-220</p>			
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
CRM-PE 20.220



ESPERANÇA
RECIFE

ADMISSÃO

F.INS.50

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Alexandre Luiz da Conceição
IDADE:
REGISTRO:
DATA DA ADMISSÃO: 11/06/16

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

Nasc: 03/06/1979 - 3740m8d
Reg: 1158797 - P.ont: 0003501354
UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M
Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14:49
Matrícula: 09940018506717001

V. Soc:



Leito: 220-B

ANAMNESE

MÉDICO ASSISTENTE: Dr. Naniel Campan
QUEIXA PRINCIPAL/DURAÇÃO: Dor em membro

FONE:

H.D.A.: Dor em membro dir apoiado a destra do moto

EXAME FÍSICO

AR: FR _____ irpm SaTO₂: _____

TEMPERATURA: _____ °C

ACV: PA _____ mmHg FC _____ bpm

ABD:

SNC:

EXTREMIDADES: deformidade + edema + eritema em membro

RECONOCHIMENTO DE MEDICAMENTOS/ALIMENTOS/UTENSÍLIOS/OUTROS

9

Indícios de lesão fer

CONDICIONAMENTO

Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur

PROBLEMAS

<input type="checkbox"/> SEPSE	<input type="checkbox"/> DOR TORÁCICA	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> PAC
<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA AO PARTO	<input type="checkbox"/> HEMORRAGIA DIGESTIVA	<input type="checkbox"/> IDOSO FRÁGIL	<input type="checkbox"/> CUIDADOS PALLIATIVOS
<input type="checkbox"/> CONTROLE GLICÊMICO	<input type="checkbox"/> TEV	<input type="checkbox"/> PNM NA CRIANÇA	<input type="checkbox"/> ASMA NA CRIANÇA



Elaborador:	COMISSÃO DE PRONTUÁRIO
Aprovador:	ADRIANA PASSOS
Homologador:	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE
Data da Emissão: 03/09/2014	Revisão: 00

Data da Revisão: 03/09/2016

Página: 1 de 1

- Ex. Los Ojos de Perro. D
- Ex. dragones vs. tritones D

Inversiones pas. Términos Chungw

<input type="checkbox"/> SEPSI	<input type="checkbox"/> DOR TORÁCICA	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> PAC	<input type="checkbox"/> HU
<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA AO PARTO	<input type="checkbox"/> HEMORRAGIA DIGESTIVA	<input type="checkbox"/> IDOSO FRÁGIL	<input type="checkbox"/> CUIDADOS PALLIATIVOS	
<input type="checkbox"/> CONTROLE GLICÉMICO	<input checked="" type="checkbox"/> TEV	<input type="checkbox"/> PNM NA CRIANÇA	<input type="checkbox"/> ASMA NA CRIANÇA	
EXAMES COMPLEMENTARES				
<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):	ISOLAMENTO DE DIA 1 NAO VERIFICADO	PREVISÃO DE TÉRMINO: DIAS	
<input type="checkbox"/> ANTIBIÓTICO	QUAL (AIS):	ISOLAMENTO DE DIA 1 NAO VERIFICADO	PREVISÃO DE TÉRMINO: DIAS	

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

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO

Nasc: 03/06/1979 - 37a0m8d
Reg: 1158714 - Print: 000350195
UNIMED RECIFE/EM - Sexo: M
Entrada: 11/06/2016 - Hora: 10:41
Matrícula: 9940018506717001
N. Soc:



Leito: URGEN

Data/Hora Cada registro deve ser assinado e carimbado

14hs. 11/06/16 Paciente deu entrada neste serviço encaminhado da UPA após queda de moto há +9hs. com queixa de dor + deformidade em perna (D) + escoriações pelo corpo. Nega FCE, perda de consciência e trauma em coluna. Realizou Rx e imobilização em HAD. Após revalidado solicitado internamento cirúrgico. HAD: Fratura de tibia (D). segue com GCR, consciente, orientado, ss vvv e dáveis, eupneico, hidratado, corado, afebril, punctionado RUP em MS e medicada, com HAD imobilizado em repouso no leito. segue com solicitação de exames pre-op. para serem realizados no internamento. Risco e conduta em anexo.

RECEBIDO
CONCEIÇÃO

12/06/16 16:20h SOR - Fratura de tibia M
Paciente bem, sem queixas
GCR, alerta, corado, eupneico.
Edema mal.

Bled: Perfurada artéria
(D: bypass) RUP - CX

09 DEZ 2016
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Recife - PE - CEP 52011-010

CRM-PE 21013
Dr. Carlos Eduardo G. Santos
CRM-PE 041-PE
Cardiologista Intervencionista

11 06 16 15-8

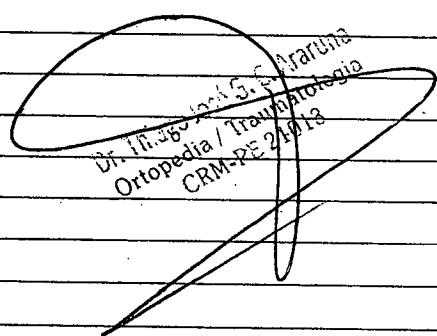
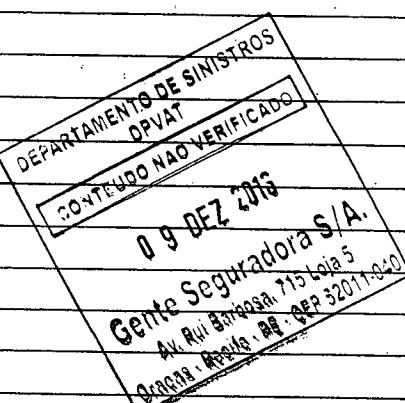
Convenção Prouni

Fratura D
SI cardia convenção
NEUS (121-01) RUP HF-DAC) TBC; TBC;
NEUS TBC ou TBC

NEUS SI cardia. Cardia SI ou TBC
SI cardia TBC ou TBC

PA:
Elos SI ou TBC ou TBC

11/06/16 15-8
SI cardia TBC ou TBC
SI cardia TBC ou TBC

Data/Hora	Cada registro deve ser assinado e carimbado	
13/06/16 11:08:24h	<p>SCX - Nós apresentamos paciente com fratura de anca do lado esquerdo, rendo sistema com hilo preservado de fibra de carbono intacto. A fratura é fechada com parafusos de fivelas, por não se haver deslocamento, pelo lado do paciente, prevenindo possíveis deslocamentos, trabalhando sua retificação conseguida, animo, voltei a paciente de volta à S.A.</p>	<p>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 Matrícula: 0940018506717001 N. Soc.</p> <p>Leitor: 220-B</p> <p></p>
	<p></p>	
	<p></p> <p>09 DEZ 2016 Gente Seguradora S/A. Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5 Ceará, Brazil - CEP 62011-000</p>	

Hora	Cada registro deve ser assinado e carimbado
10/06/16 18:30	907 - Paciente de 16/06/16 Paciente com 70m gênero Sulm. Pessoal: Mambu Ch: Abertura, marcada a amanhã de 8h da manhã Met 3000 o lado de mero - naix

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
Matrícula: 09940018506717001
N. Soc:



Leito: 220-B

Dr. Mário José C. Araruna
Ortopedia / Traumatologia
CRM PE 21413

1º Exame

Paciente retorna do bloco cirúrgico do
12:40, em PTO, de natureza de tópico,
sem náusias, tonturas, consciente, orientado,
sem repuxo no leito, bronquítico, anestésico,
febre 38,8°C, expiração em diafragma, tópico,
eliminação fisiológicas, pélve FO em MBD,
velhos, PVP em MS e com tópica pélve
MS, sem sinais de febre, diurese por
fase oral, com boa acetate, gosto por
gula + febre, pélve 100°C, grades elevados,
com trânsito, trânsito de AVP a cada
72 horas, sem febre, pélve 100°C
euações.

DEPARTAMENTO DE
ORTOPEDIA
CONFIDENCIAL
09 DEZ 2016

09 DEZ 2016
Gente Seguradora S/A

AN. Rui Barbosa 715 Lote 5
Cidade: Recife - PE - CEP: 52011-300
CEP: 52011-300
Cidade: Recife - PE - CEP: 52011-300

CONFIDENCIAL
09 DEZ 2016

14/06/16
12:05
Paciente Evolue ao DPO natural da Tibia (D);
consciente e orientado; quadro tópico; febre tópico;
apura; expiração: festivo ao tópico; AVP em MBD cada
toca dia 17/06; Dexta VO; Dexta (+) curativo
em FO MBD limpo; MBD elevado; gosto de
gula + febre tópico: caixa trânsito +
grades elevadas, toca AVP cada 30 dias.
Aque quando visita médica.

Rosângela Maria da Silva
Enfermeira
COPM: 470.141

Data/Hora

Cada registro deve ser assinado e carimbado

11/06/16

ENFERMAGEM

Paciente admitido procedente de emergência. Paciente consciente, orientado, verbalizado. Espirituoso, em dor om biente. Cortejo AVP em MSE. Com direitos J.A. Direto J.A. Diversas esponjas neu. pressurizadas. Apresenta lesões em todo o corpo. Apresenta hemo em MID. Fisioterapeuta realizadas paracentese e drenagem. Riscos: queda, febre e infecção. Conduzido para leito e banhos gradis, trocar AVP e os de 72hs e compreensão de MP e normas e dades.

DR. Mariana A. de Sá
Enfermeira revisista
Titulada AMB/ABETI
COREN 252357

12/06/16 # Enfermagem#

Paciente estável, orientado, responde ao leito devido a fratura com imobilizadoras em MID, corredo, iupniu, apneia, dilata 10+, AVP em MSE +14106, dP.

Já d parcer do cardio, Ag. para cirurgia.

segue as cuidados da enfermagem.

Risco de queda + febre

Plano de:

365/11

DÉPARTAMENTO DE HABITOS
BRVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

09 DEZ 2016

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 1000
06100-000
Graça Rebole BE CEP 06100-000

12/06/16

13:15h

Assistência nutricional - Dieta total enteral

Admissão

HO: Fratura da fibia

Paciente consciente, orientado, EGR.

Nova comorbidades e alterações alimentar. Sem queixa de máus e suínito. Criação auxiliu, diurese pronta.

Exame físico: desordens de massa muscular.

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

Diagnóstico nutricional: Entrofície (0,5,95)

Risco nutricional: Cessante (verde)

Nível de amamentação: Primária. Metá nutricional: 2160Kcal x 108g/dia

Elaborador: JANNY LEONOR

Pacienta: Dieta enteral líquida paciente Gd dia.

Aprovador: COMISSÃO DE PRONTUÁRIO

Homologador: SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Observações: aceitável para a dieta. Segue acompanhamento

Data da Emissão: 20/01/2011

Revisão: 01

Data da Revisão: 20/01/2012

Gláucio Jannes Bezerra

Página: 1 de 1

Data/Hora	Cada registro deve ser assinado e carimbado
14/06/11 18:00	<p>808 - 1º P. Pz- paciente de�o de 18 Presente bem, com dor leve no perno no so exam:</p> <ul style="list-style-type: none"> - facial: com, aberta, corada, expressa, afebril - boca com borda aguda - dentes normais - boca respiratória profunda - sensibilidade e motricidade preservada - palpebras e olhos normais <p>(n: alta hospitalar)</p> <p><i>Dr. Thiago J. C. M. Almeida Ortopedista / Traumatologista CRM-PE 21013</i></p>
14/06/11 19:00	<p>Segue de aeto hospitalar.</p> <p><i>Silvana Góes Enfermeira CRM-PE 145.172</i></p> <p>DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTÉUDO NÃO VERIFICADO</p> <p>89 DEZ 2013 Gente Seguradora S/A. Av. Rui Barbosa, 715 Bloco 5 Gratias, Recife - PE - CEP 52011-030</p>

Elaborador: JANNY LEONOR

Aprovador: COMISSÃO DE PRONTUÁRIO

Homologador: SISTEMA DE GESTAO DA QUALIDADE

Hora	Anotações de enfermagem - Diurno
11:00	<p>Paciente admitido na urgência p/ parcer do ortopedista, vítima de fratura em MJD. consciente, orientado, euméico, normotensão, normocorado, aébil, nega (Hab, DM e alergias). aguardando internamento cirúrgico.</p> <p>Segue aos cuidados da Enfermagem.</p> <p style="text-align: right;">De: <u>Yolanda</u> Téc. Enfermagem COREN 225738</p> <p>DEPARTAMENTO DE SINISTROS CONTENDO NAO VERIFICADO 09 DEZ 2016 Gente Seguradora S/A Av. Rio Branco, 75 Loja 6 Cidade: Recife - PE - CEP 5201-100 Luva Free (Pact) _____ Luva Esport (Pact) _____ Capote: _____ Fráctofix: _____ Algodão Hidro (Pac. 100g): _____ Aguinha 13x4,5: _____ Aguinha 25x7: _____ Aguinha 25x8: _____ Aguinha 25x10: _____ Aguinha 40x12: _____ Equipo Simples (Unid.): _____ Equipo p/ Med (Bic): _____ Seringa 10cc: _____ Seringa 5cc: _____ Seringa 3cc: _____ Seringa 1cc: _____ Cateter Autoguard 10: _____ Polifix: _____ Iv Fix: _____ Microdave: _____</p>

Nome técnico de enfermagem / COREN

Hora	Anotações de enfermagem - Noturno
	<p>Luva Free (Pact) _____ Luva Esport (Pact) _____ Capote: _____ Fráctofix: _____ Algodão Hidro (Pac. 100g): _____ Aguinha 13x4,5: _____ Aguinha 25x7: _____ Aguinha 25x8: _____ Aguinha 25x10: _____ Aguinha 40x12: _____ Equipo Simples (Unid.): _____ Equipo p/ Med (Bic): _____ Seringa 10cc: _____ Seringa 5cc: _____ Seringa 3cc: _____ Seringa 1cc: _____ Cateter Autoguard 10: _____ Polifix: _____ Iv Fix: _____ Microdave: _____</p> <p>Nome técnico de enfermagem / COREN</p>

DATA: _____ / _____ / _____

PESO: _____ Kg

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO

Nasc: 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

Hora: _____

CARIMBO DE ALERGIA / PROTOCOLOS:

CARIMBO ARSENAL:

ENVIADA

EM 11/06/16

As 16:06 hs.

ADM: *Patrícia*

PREScriÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO DA DIETA

DIETA:
(ESPAÇO P/ MÉDICOS E
NUTRIÇÃO)

*Dieta VO líquida para
Zabot*

*Glaucia de Bezerra
Nutricionista
CRN6 8535*

SND

ITEM	NOME DA MEDICAÇÃO	DOSE	VIA	INTERVALO	APRAZAMENTO DA MEDICAÇÃO		
					CHECAR	CHECAR	CHECAR
					1ª ETAPA	2ª ETAPA	3ª ETAPA
1	Nasolginina + AD	10	EV	6/6h	18/20/06	16/18	
2	Salic Hidroclorato						Monte
3	Tramal 100 mg + 100ml SF 0,9%		EV	8/8h	20/06/16		
4	Profenid + 100ml SF 0,9%	100g	EV	12/12h	20/06/16		
5	Zofen + AD	4-6	EV	8/8h S/2 SIN			
6	Clorazone 01mg	2mg	SC	1x/dia	18/20/06	17	
7	Cefotekina + 100ml SF 0,9%	1G	EV	6/6h	18/20/06	16/18	
8	Pontocal + Diclofenac	60-80	EV	1d/12h			
9	SS 600 + CC 00						Gráfico
10	Salicálico Paracetamol						Comunica
11	Levaratoloxa						
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

CORRN 289/164
Entomologia
Barbara Rocke

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
SOLTEDO NÃO VERIFICADO
09 DEZ 2013

Gente Seguradora S.A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Recife - PE CEP 52011-045

ENFERMEIRO (A) 1ª CHECAGEM

ENFERMEIRO (A) 2ª CHECAGEM

REDE FOR SÃO LUIZ	FORMULÁRIO/ INSTITUCIONAL					 ESPERANÇA
	Elaboração 06/11/2014	Efetivação 28/04/2016	Código: HESP.INS.FOR.54	Versão: 01	Página 1/2	

PREScrição DE ENFERMAGEM

NOME			ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO									
DATA	11/06/16		Nasc: 03/06/1979 - 37a0m8d Reg.: 158797 - Pronto: 000350195 UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14:49 Matrícula: 09940018506717001 N.Soc:									
REGISTRO												
LEITO												
DIAGNÓSTICO	F. de Tibio		Leito: 220-B									

RISCO DE LESÃO DE PEEF ASSOCIADO A 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 IRG. OLIGURICOS														
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 MADDOX														
CD:	<input checked="" type="checkbox"/> TROCA DE AVP A CADA 72h		INT 11/06	TROCA 14/06										
CD:	<input type="checkbox"/> TROCA DE EQUIPO A CADA 72h.													
CD:	<input type="checkbox"/> VIGILÂNCIA DO SITIO DE PUNÇÃO.													
RISCO DE SANGRAMENTO/HEMORRAGIA RELACIONADO A														
CD:	<input type="checkbox"/> USO DE ANTICOAGULANTES (HEMOFOL / HEPARINA EM ALTA DOSAGEM).													
CD:	<input type="checkbox"/> PROCEDIMENTO CIRÚGICO: _____													
CD:	<input type="checkbox"/> MEDIR DÉBITO DE DRENO A CADA 12h.													
CD:	<input type="checkbox"/> VIGILÂNCIA CLÍNICA/ SSVV.													
RISCO PARA DISFUNÇÃO CARDIOVASCULAR SECUNDÁRICO AO USO DE MEDICAMENTO DE ALTA VIGILÂNCIA														
CD:	<input type="checkbox"/> CLORETO DE POTÁSSIO.													
CD:	<input type="checkbox"/> CLORETO DE SÓDIO 20%.													
CD:	<input type="checkbox"/> SULFATO DE MAGNÉSIO 50%.													
CD:	<input type="checkbox"/> ADRENALINA.													
CD:	<input type="checkbox"/> VIGILÂNCIA DE FC/PA.													
CD:	<input type="checkbox"/> MONITORIZAÇÃO CLÍNICA (SINCOPE; TONTURA).													
RISCO DE HIPOGLICEMIA/ HIGERGLICEMIA/ COMA RELACIONADO AO DIAGNÓSTICO DE DM E/OU INSULINOTERAPIA EM ALTA DOSAGEM														
CD:	<input type="checkbox"/> INSERÇÃO NO PROTOCOLO DE CONTROLE DE CONTROLE GLICÊMICO.													
CD:	<input type="checkbox"/> MONITORIZAÇÃO DE ESCALA DE COMA DE GLASGOW.													
RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO ASSOCIADO A GAVAGEM DE DIETA POR SNE/GTV/DISFAGIA/IDADE ACIMA DE 65 ANOS/OUTROS														
CD:	<input type="checkbox"/> MANTER CABECEIRA A 45°/AR/CONTEÚDO NHO/03		09 DEZ 2016	07h - 19h	19h - 07h									
CD:	<input type="checkbox"/> ASPIRAR VIAS AERÉAS S/N/CONTEÚDO NHO/03		Gracis. Recie. TOT											
CD:	<input type="checkbox"/> MANTER DECÚBITO ELEVADO DURANTE AS MOBILIZAÇÕES DO PACIENTE.													
CD:	<input type="checkbox"/> MANTER O USO DE PERÍOGARD EM PACIENTE TOT													

Hora	Anotações de enfermagem - Diurno
18h	<p>Pact admitido neste setor Protrínciente da emergência Consciente, orientado, orientado por V.O, SUP HST, pact nega alergias medicamentosas, DMs HNS+, + bron- coles, SSUU estáveis, se- gue c/s e cuidados</p> <p>Pact medicado de ho- jaria e PR</p> <p>1)</p> <p>DEZ 2010</p> <p>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</p> <p>DEPARTAMENTO DE SINISTROS OPRA</p> <p>Gente Seguidora S/A</p> <p>Gente Seguidora S/A</p> <p>Av. Rio Brabosa 1500m Recife - PE - CEP 52010-100</p>

Hora	Anotações de enfermagem - Noturno
19h	Passei plantão com paciente em Feto, consciente, orientado, verbalizando, com repouso no leito, eupneico, normotensão, normocorado, norofisiológico, com AVP (E) hidratado, fazendo uso de medicação IV, acetil acetato, sem queixas no momento, com erupção no corpo e fratura de tibia (D). Segue aos cuidados de enfermagem.
20h	Administrado a medicação e. p. m.
22h	medicado e. p. m.
24h	medicado e. p. m. e SSUJ referidos.
06h	Paciente medicado e. p. m. + higienizado
07h	Passei plantão com paciente em E&R consciente, orientado, verbalizando, eupneico, apertil, normotensão, normocorado, norofisiológico, AVP (E) em hidratação, higienizado, trocado lençóis, fazendo uso de medicação IV. Sem queixas e segue em observação e aos cuidados de enfermagem.

DATA: 13/06/16

PESO: Kg

Nome: 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
 Matrícula: 09940018506717001
 N. Soc:

R D Leito: 220-B

Hora:

CARIMBO DE ALERGIA / PROTOCOLOS:

CARIMBO DE ALERGIA / PROTOCOLOS:

EM 12/06/16

A: 36 44 S.

ADM: Gazu

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO DA DIETA

DIETA (ESPAÇO P/MÉDICOS E NUTRICIONAIS)	REGRAS DA MEDICAÇÃO	DOSE	VIA	INTERVALO	APRAZAMENTO DA DIETA		
					CHECAR	CHECAR	CHECAR
							1ª ETAPA
1	bebê livre, zero a proba de mico naet					SN	0
2	lipofine 2 ml + 8 ml	2 ml	IV	6/6h			
3	1 amp	1 amp	IV	8/8h	SIN	SIN	
4	Prophymid 100	1 amp	IV	10/10h			
5	2 aferan 4	2 ml	IV	9/8h	SIN	SIN	
6	cloram 40	1 amp	SC	às 10h (12h) > 17			
7	afidolax 1g	1 FA	IV	6/6h			
8	Pantocal 40	1 FA	IV	1x/d			
9	(106 e 5) SW				6/6h		gratific
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

Jr. Thiago José S. C. Araújo
Ortopedia e Traumatologia
CEP 21013DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTROLE NAO VERIFICADO
09 BEZ 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Recife - PE - CEP 52011-020Setor de Prevenção
EFE
CORELPE 27/06/2016

MÉDICO (A)

ENFERMEIRO (A) 1º CHECAGEM

ENFERMEIRO (A) 2º CHECAGEM

Hora	Ativações de enfermagem - Diurno
~02	(Facilita isolou; consciente; orientado; sente os braços e os pés; sente os pés; lucidez; interagem com o meio; regular; cinto; hidratação; higiene; alimentação; marmelada; náuseas/ vômitos; RNP hidratada; MDP embebida; senta e com braços estendidos).
082	Administrado medicação IV com infusão lenta
122	Administrado medicação IV com infusão lenta
172	Administrado medicação IV com infusão lenta
182	Administrado medicação IV com infusão lenta regulou e endereçou sinal cardíaco.
Mui. Cláudio Lula da Silva Técnico de enfermagem COREN-PE 514	
Nome técnico de enfermagem / COREN 	

DATA: 13/06/16

PESO: Kg

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

Nasc: 03/06/1979 - 37a0m10d
 Reg: 1158797 - Pront: 000350195
 UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M
 Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14:49
 Matrícula: 09940018506717001
 N. Soc:

Leito: 220-B

Hora: 14:49

CARIMBO DE ALERGIA / PROTOCOLOS:

CARIMBO ARSENAL

ENVIADA

EM 13/06/16

Aut. 13.25 hs.

ADM: Danyc

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO DA DIETA

DIETA:
 (ESPAÇO P/ MÉDICOS E
 NUTRICIONISTAS)

Rebaçando após
 recuperação
 anestésico

Glayce Janille Bezerra
 Nutricionista
 CRN6 8835

ITEM	NOME DA MEDICAÇÃO	DOSE	VIA	INTERVALO	APRAZAMENTO DA MEDICAÇÃO		
					CHECAR	CHECAR	CHECAR
					1 ^ª ETAPA	2 ^ª ETAPA	3 ^ª ETAPA
1	SFO, 45.	1000ml	IV	em 24h			
2	Cefalotina 1g	1g	IV	6/6h			
3	Alprazolam 50mg/ml	1g	IV	6/6h			
4	Propofol 100mg/ml	1amp	IV	10/12h			
5	Tramadol 100mg	1amp	IV	8/8h			
6	Zoporan 4mg	2ml	IV	8/8h			
7	Clexenol 40mg	1amp	SC	24/24h			
8	MID liberado						ATT
9	CC661SSW						grafico
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19	Ortopedia CRM-PF 21013 Av. 10.330, 115. S. C. Araruna						
20							

MEDICAÇÕES

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 DEZ 2016
 Gente Seguradora S/A.

AV. Rui Barbosa, 715 Loja 5
 Graciosa, Belo Horizonte - MG - CEP 32011-020

TRAUMATOLOGIA
 ORTOPEDIA
 ENFERMEIRAS CONVOCADAS

MÉDICO (A)

ENFERMEIRO (A) 1^ª CHECAGEMENFERMEIRO (A) 2^ª CHECAGEM

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1020050938

PROIBIDO PLASTIFICAR

1020050938

NAME: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: 5105361 SSP PE

CPF: 036.590.124-59 DATA NASCIMENTO: 03/06/1979

FILIAÇÃO: NAO DECLARADO

SEVERINA LUIZA DA CONCEICAO

PERMISSÃO: ACC CAT. HAB: AD

Nº REGISTRO: 00570997223 VALIDEZ: 29/01/2020 HABILITAÇÃO: 30/03/1999

OBSERVAÇÕES: Exerce Ativ Remunerada

Assinatura Alexandre Lui

LOCAL: RECIFE - PE ASSINATURA DO PORTADOR: DATA EMISSÃO: 02/02/2015

Assinatura: Alex Lui

61199540920
PE064628582

ASSINATURA DO EMISSOR

DETAN - DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO

Setor de Registro e Documentação

Documentos de Identificação

Barcode: *0012*



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

NOME: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS

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

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

FUNCTION: SOLON DE MEDEIROS
FILHO
MIRIAM VALENCA DE
MEDEIROS

PERMISSÃO: ACC CAT. HAB: B

N. REGISTRO: 03961616101 VALIDEZ: 28/10/2016 HABILITAÇÃO: 12/11/1985

OBSERVAÇÕES: sem observações

PROIBIDO PLASTIFICAR
473953700

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
473953700

ANOTAÇÃO DO PORTADOR: *giselevalenca*

ANOTAÇÃO DO EMISSOR: *leóaldo*

DATA EMISSÃO: 31/10/2011
18542471121
PB043470238

DETRAN - PE (PERÍODO MERCOSUL)

ANOTAÇÃO DO PORTADOR: *giselevalenca*

ANOTAÇÃO DO EMISSOR: *leóaldo*

DATA EMISSÃO: 09/06/2013
18542471121
PB043470238

Gente Seguradora S. A.
Av. R. Bento Vilela, 1000
Cidade Industrial - PE - 50000-000





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

VIA: 1 CÓD. RENAVAM: 551555270 R.N.T.R.C.: ***** EXERCÍCIO: 2016

NOME:

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

JAB GUARARAPES-PE

CPF / CNPJ: 038.530.124-59 PLACA: KIF5791

PLACA ANT / UF: ***** /PE CHASSI: 9C2FD0540BP149961

ESPÉCIE TIPO: P/M MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL: ALCO/GASOL

MARCA / MODELO: HONDA/NXR150 Bros ESD ANO FAB.: 2013 ANO MOD.: 2013

CAP / POF / CIL: 25/14901 CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: PRETA

I	COTA ÚNICA IPVA 2013 QUITADO	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS 1º *****
V	FAIXA IPVA:	PARCELAMENTO / COTAS	2º *****
A	1	*****	3º *****

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) — IOF (R\$) — PRÉMIO TOTAL (R\$) — DATA DE PAGAMENTO
SEGURADO PAGO

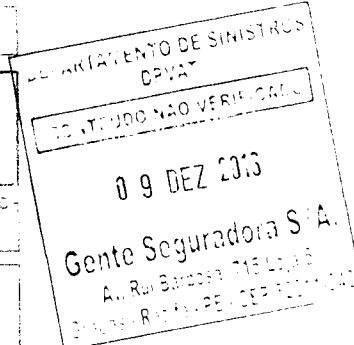
OBSERVAÇÕES:

AL. EID. BANCO HONDA SA

LOCAL: JAB GUARARAPES DATA: 10/04/16

Charles Andrews Souza Ribeiro

Dir. Exec. Presidente DETRAN/PE



Declaração



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

Declaro que alem 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.

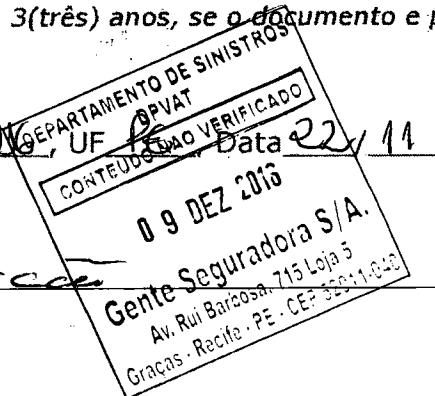
'Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado'.

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.

'Pena 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 é particular'.

Local, Recife, 22 de Novembro, 2016



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 lacerção de partes moles da perna direita

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

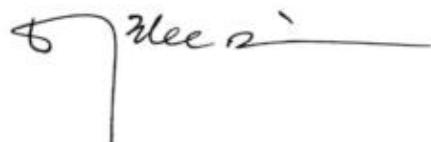
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

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 5105361, CPF/MF 036.590.124-59, com
endereço residencial na AV Belém de Júda N° 58
Ilha carneiro / cavalinho
falsostos 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:

Amplos poderes para praticar os atos administrativos do Seguro Obrigatório – DPVAT.



10 de agosto de 2016

Alexandre Luiz da Conceição

outorgante

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DO 10º DISTRITO JUDICIÁRIO DA CAPITAL - RECIFE
Rua Falcão de Lacerda, 329 - Tejipió - CEP: 50930-010 - Fone: (81) 3251-5424
Permaneço por Autenticidade a firma indicada de (350789329559)

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO

que confere c/ o padrão reo neste cartório. Sou fá.

Recife, 12 de agosto de 2016. En testo

Felipe Henrique Monteiro da Silveira - Escrivente / Autodigital

Emol.: R\$ 8,63 - TSNR: R\$ 0,73 Total: R\$ 4,34

** Selo: 0073478.YSR00201601.01825 **

Consulte autenticidade em www.tjepe.jus.br/selodigital

Consulte autenticidade em: www.tjepe.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 tibia 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 opção 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

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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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