

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 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.

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 CONCEICAO

PORTADOR(A) DO RG Nº 5105361 EXPEDIDO POR SSP/PE EM 02/02/2016

CPF 030590184-59 /CNPJ _____ PROFISSÃO CHEFE DE TRANSITO

E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSOU-SE (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ALEXANDRE L. DA CONCEICAO. 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 Lotéricas 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) _____

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

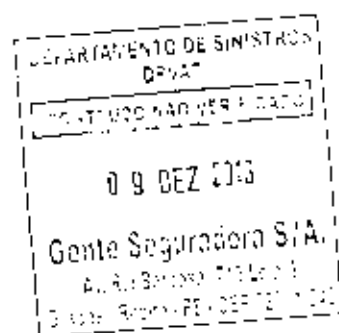
LOCAL E DATA

Alexandre Luiz da Conceicao

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítima/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.





323432

26/08/2016

119029116

http://www.policiacivil.pe.gov.br/portal/portal/pt/view.html

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 11ª CIRCUNSCRIÇÃO - JARDIM SÃO PAULO - DP17CIRE

DIM/4º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 16E0102003862

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

Complemento e B.O. Número: 16E0102003861

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 14/08/2016 às 06:16

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESEMPENHADA (AUTISTA AGENTE)
ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO, (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** - Nome: **SEVERINA LUIZA DA CONCEIÇÃO** Data de Nascimento: **30/03/1998** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residência: **AVENIDA BELEM DE JUDA, 1a - CEP: 53044-000 - Bairro: COHAB - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

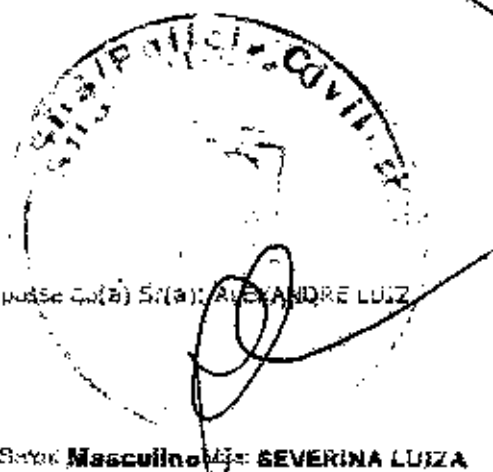
VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** (Nunca apreendido: **Não**)
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KIF5794** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Ano de fabricação/modelo: **2013/2013**

Complemento / Observação

DIZ A VÍTIMA QUE AO FILTAR SUA MOTOCICLETA A MESMA DESMONTOU E CAIU SOBRE O SR. ALEXANDRE, O MESMO FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DA ESPERANÇA. A VÍTIMA PASSOU POR CIRURGIA E SOFREU LACERAÇÃO NA PERNA DIREITA. ATENÇÃO: NÃO HOUVE REIMPRESSÃO POR NÃO HOUVER EVIDÊNCIAS NA DATA E HORA DO FATO.



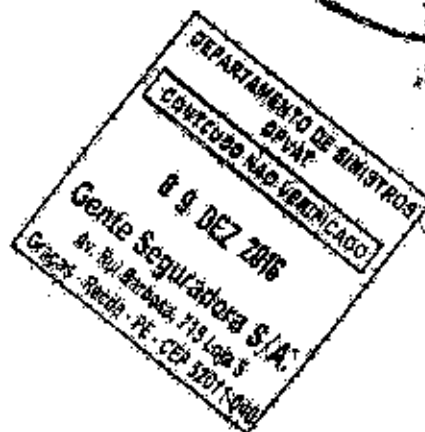
Boletim de Ocorrência

Página 7 de 7

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

Alexandre Luiz da Conceição
ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO
(VITIMA)

S.O. registrado por: LADILSON NEVES CAVALCANTI DE LIMA JUNIOR - Matrícula: 2208235



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 JAIBOTÃO, 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

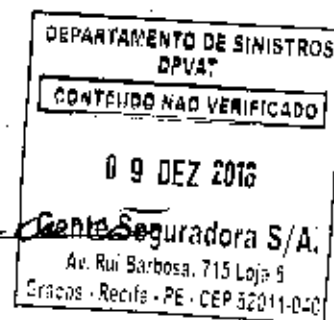
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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 EVIDENCIANDO FRATURA EM TÍBIA 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

Temperatura:

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: 22475

Esta conta dever ser paga com recursos publicos.



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 / CAVALHEIRO</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>

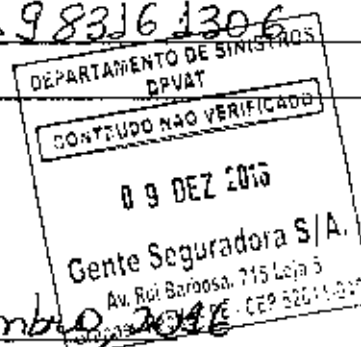
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Recife, 22 de Novembro, 2015

Assinatura do Declarante:

Alexandre Luiz da Conceição





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

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 52050-002
CNPJ nº 03.523.070/01-08 | Insc. Est. 0005043-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
ANDREZA CARLA DE MELO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
AV BELEM DE JUCA 58

CPF 047.333.034-24
CLASSIFICAÇÃO

DIAS CARNEIROS/CAVALEIRO
JABOTAO DOS GUARARAPES PE
54290-000

BI RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
MONTESOPICO

CONTA CONTRATO		RECEBIMOS	
4000522207		07/2016	
DATA DE VENCIMENTO		DATA DE RECEBIMENTO	
19/07/2016		11/08/2016	
TOTAL A PAGAR (R\$)		14,86	

Nº DA NOTA FISCAL	DATA	VALOR (R\$)
001118887	UNICA	1207/2016
1207/2016	200700891	1732584

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	30,000000	0,4872450	14,61
Multa por atraso NF 001085339 - 10/08/16			0,27
Juros por atraso NF 001085339 - 10/08/16			0,08

TOTAL DA FATURA									
14,96									
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FASE	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	DIAS	CONSUMO (kWh)
312122332	CAT	19/07/2016	30,00	1207/2016	32,00	32	1,2000		0,00

DETALHAMENTO DA FATURA		VALORES DE CÁLCULO		VALOR DO IMPORTE		FUNDAMENTO	
ICMS	14,91	1,97	0,23	7,25	1,06	Faturado pelo sistema de hora	
PIS						Cálculo de Descontos	
COFINS						Cálculo de Descontos	

3348 0224-0FCA B024 0158 2400 BCF4 7C54

Informações importantes sobre a fatura e o pagamento.

DATA	VALOR	DATA	VALOR
19/07/2016	14,96	19/07/2016	14,96

CAIXA L
CAIXA Loterias

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado.

203-564471414-0

21/07/2016

HORA DE 11:34:15

LOT. 15.14143-2
LOCALIDADE: RECIFE
AG. VINCULADA: 0045

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
CELPE COMPANHIA ENERGETICA/PE

VALOR DO PAGAMENTO: 14,86

830080000009 148600110045
000522207103 040890440431

203-564471414-0

13 VIA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
09 DEZ 2015
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife - PE - CEP 52011-010



Pedido de serviço para Via para Pagamento Grup

NOTA FISCAL DE PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE SAUS, 111, BOA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP: 50050-502
CNPJ: 10.835.982/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 0005943-93



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

COMERCIAL 116 - PROMITIDA 116

Atendimento ao cliente: número verde 0800 281 0142

Ouvidoria: 0800 282 5555

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

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

www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

GISELLE VALENÇA DE MEDEIROS

DATA DE VENCIMENTO

04/08/2016

DATA EMISSÃO DA ROTA FISCAL

21/07/2016

DATA DA APRESENTAÇÃO

28/07/2016

NÚMERO DA NOTA FISCAL

002683800

CONTA CONTRATO

2525983016

CLASSIFICAÇÃO

COMERCIAL
Monofásico
B3

ENDEREÇO

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

TOTAL A PAGAR

R\$ 163,62

PERÍODO CONSUMO

21/06/2016 a 21/07/2016

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 carnê será usado em leitora ótica.

Pagamento através de Débito Automático em Conta Corrente.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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.

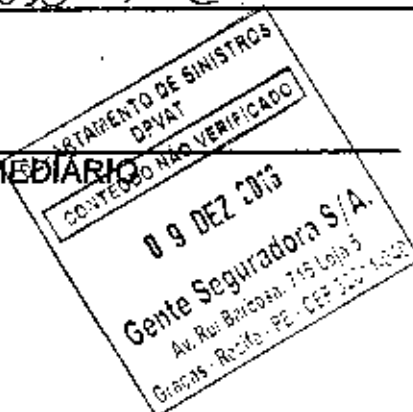
Peio exposto, eu Gielle Valmea de Medeiros, portador(a) do
RG nº 2574273, expedido por SSP PE, em
12 / 11 / 1985, CPF/CNPJ nº 033.249.034-91

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

Gielle Valmea de Medeiros
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



070P

5046

RE
SI

ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

EMERG. 10

10 34

Procet

☐ Dor
☐ Caso pr

Horário

QUEI

SSVV: FR

SATURAÇÃO O2

TEMPERATURA

DOR () SIM () NÃO LOCAL

Assinar e
Carimbar a
Guia do
Convênio

Care ☐ Outros: ☐

Imediatamente, seguir protocolo de medidas de precaução de contato de CCIT.

RT: ☐ h

PA



ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO

Nasc: 02/05/1974 - 37 anos

Sex: M

UNIFED RECIFE/EN - Sexo: M

Entrada: 11/08/2016 - Hora: 10

Matrícula: 994001850677001

N. Soc:

Leito: U

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

Paciente vítima de acidente de moto há 9 horas, sendo de consultoria, vindo a solicitar exame dos ossos do pé direito, pois em local onde houve outros acidentes.

Asma/DPOC

☐ Sim ☒ Não

Angina/AM

☐ 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:

Outros:

Cirurgias prévias

☐ Sim ☒ Não

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

Exame físico

Geral: Temperatura °C

ORL:

AR: FR irpm

ACV: PA / mmHg FC bpm

ABD:

SN:

Extremidades:

Hipóteses diagnósticas

1- Fraturas dos ossos do pé direito

CID 10:

2-

CID 10:

Ass. Médica:

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

Nome: Alexandre Luiz da Conceição Registro: 1158797
Data da Cirurgia: 13/06/18 Início: _____ Término: _____ Leito: _____
Cirurgião: Dr. Naniel Campos 1º Auxiliar: Dr. Thiago Tavares
2º Auxiliar: _____ 3º Auxiliar: _____ Instrumentador: Widiane
Anestesista: Merella Tavares

Diagnóstico pré-operatório: Fratura de tibia direita

Diagnóstico pós-operatório: o mesmo

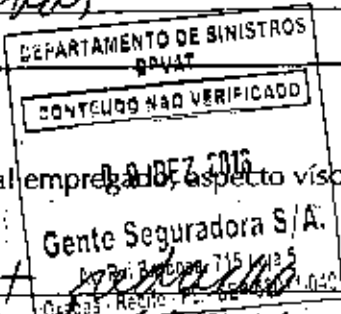
Cirurgia Proposta: Tratamento cirúrgico de fratura de tibia + osteotomia de fecho + tenoplastia da tendão patelar
Cirurgia Realizada: A mesma

Relatório imediato do patologista: Ø

Exame radiológico no ato: Enterrados
Intercorrências durante a cirurgia: Necessidade de abrir o foco de fratura por todas partes moles interpostas

Descrição Cirúrgica

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



- 1) Paciente em DPH + aquecimento + oxigenação
- 2) Anestesia + antiespasmódico + posição de Campos e de
- 3) Fratura em face anterior de tibia de + com + descolamento por planos + osteotomia de fecho + exp. mão de placa tibial
- 4) Introdução de fio guia em platô tibial + presa por parte proximal da oxa com moles
- 5) ~~Redução~~ (sem pulso)
- 6) Ingresso em região antrolateral de peroneo no nível da fratura + descolamento por planos + redução de partes moles de fratura de tibia + redução de fratura
- 7) Frasegema da canal medular
- 8) Introdução de haste de tibia Tasmann 101 350 + 5 parafusos de bloqueio + 2 tampas
- 9) Tenoplastia do tendão patelar + reparo de tumores

☐ ES1 Paciente requer intervenção imediata? - Irresponsivo, apnéia, entubado (ou que precise ser entubado) sem pulso (PER), anisocoria, sofrimento respiratório, trauma grave/queda sem resposta, efásico, dor no peito com sudorese /palidez, instabilidade hemodinâmica.

☐ ES2 Suspeita de SCA, SIRIS, confuso letárgico, sinais de AVC (hemiparesia), dor intensa (7 a 10), prenhez ectópica, QTV, QT com febre, intoxicação exógena.

☐ ES3 2 ou mais recursos

☐ ES4 1 recurso

☐ ES5 Nenhum recurso

Exames solicitados

☐ Laboratório ☐ ECG ☐ LCR ☐ TC ☐ RMN ☒ Radiografia *Sên. L* ☐ USG

☐ Hematologia ☐ Bioquímica ☐ Gasometria ☐ Coagulograma *Trono*

Resultados de exames solicitados

Laboratoriais: horário realização:

USG: horário realização:

TC: horário realização:

RMN: horário realização:

Radiografia: horário realização:

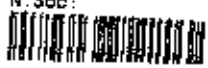
ECG: horário realização:

LCR: horário realização:

Prescrição

Hora	Medicação	Apresentação	Quantidade	Via	Médico	Hora Adm.	Técnico
11:15h	① Paracetamol	100mg + 100ml	SF 0,9%	BU	Dr. Lucas M. G. de Medeiros	12:40	DM
	② Tramadol	100mg + 100ml	SF 0,9%	BU	Ortopedia e Traumatologia CREMOPRO 20-2005	13:20	DM

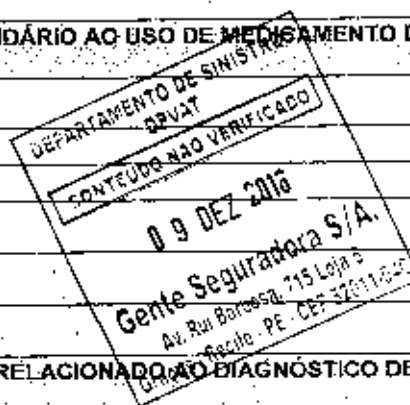
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 09 DEZ 2016
 Gente Seguradora S/A
 Av. Rua Barbosa, 715 Loja
 Grupos - Recife - PE - CEP 520-1000

ALEXANDRE LUIZ ADARCONCE 1440
 Nasc: 02/06/1979 - RG: 250884
 RG: 250884 - CPF: 000950355-1
 UNIMED RECIFE/EM - Sexo: M
 Entrada: 11/08/2016 - Hora: 10:41
 Matrícula: 9940018506717001
 N. Soc.

 Leito: URGEM

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

NOME		ALEXANDRE LUIZ DE CONCEIÇÃO Nas: 03/06/1979 - 1,3750m8d Reg: 11/06/97 - E. Pron: 100025019511 UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14:48 Matrícula: 00940018606717031 V. Soc:  Leito: 220-B
DATA	13/06/16	
REGISTRO		
LEITO		
DIAGNÓSTICO	C. de TÍBIA	

RISCO DE LESÃO DE PELE ASSOCIADO À DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE NO LEITO EVIDENCIADO PELO ESCORE DA ESCALA DE BRADEN													
CD:	☐ 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:	☐ 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.													
	☒ TROCA DE AVP A CADA 72h	INT 11/06										TROCA 14/06	
CD:	☐ TROCA DE EQUIPO A CADA 72h.												
	☒ VIGILÂNCIA DO SÍTIO DE PUNÇÃO.												
RISCO DE SANGRAMENTO / HEMORRAGIA RELACIONADO A:													
CD:	☐ USO DE ANTICOAGULANTES (HEMOFOL / HEPARINA EM ALTA DOSAGEM).												
	☐ PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: _____												
	☐ MEDIR DÉBITO DE DRENO A CADA 12h.												
	☐ VIGILÂNCIA CLÍNICA/ SSVV.												
RISCO PARA DISFUNÇÃO CARDIOVASCULAR SECUNDÁRIO AO USO DE MEDICAMENTO DE ALTA VIGILÂNCIA													
	☐ CLORETO DE POTÁSSIO.												
	☐ CLORETO DE SÓDIO 20%.												
	☐ SULFATO DE MAGNÉSIO 50%.												
	☐ ADRENALINA.												
CD:	☐ VIGILÂNCIA DE FC/PA.												
	☐ MONITORIZAÇÃO CLÍNICA (SINCOPE; TONTURA).												
RISCO DE HIPOGLICEMIA / HIPERGLICEMIA / COMA RELACIONADO AO DIAGNÓSTICO DE DM E/OU INSULINOTERAPIA EM ALTA DOSAGEM.													
CD:	☐ INSERÇÃO NO PROTOCOLO DE CONTROLE DE CONTROLE GLICÊMICO.												
	☐ MONITORIZAÇÃO DE ESCALA DE COMA DE GLASGOW.												
RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO ASSOCIADO À GAVAGEM DE DIETA POR SNE/GTT/DISFAGIA/IDADE ACIMA DE 65 ANOS/OUTROS:													
CD:	☐ MANTER CABECEIRA A 45°												
	07h - 19h												
	19h - 07h												
	☐ ASPIRAR VIAS AERÉAS S/N.												
	☐ MANTER DECÚBITO ELEVADO DURANTE AS MOBILIZAÇÕES DO PACIENTE.												
	☐ MANTER O USO DE PERIOGARD EM PACIENTE TQT.												



Anotações de enfermagem

Paciente atendido pelo estopideiro na urgência, punção do com autoguard nº 20 s/ êxito e outro nº 20 com êxito + injetou em RSB medicação conforme prescrição médica - segue da Unidade da Enfermagem.

Luva Proc/Par: 02 Equipos Simples (União): 01
 Luva Estéril (Par): Equipos D/ Med (Bic)
 Capote: Seringa 10cc
 Fraldão: Seringa 5cc 02
 Algodão Hidrol (Par: 100g): 02 Seringa 3cc
 Agulha 13x4,5: Seringa 1cc
 Agulha 25x7: Cateter Autoguard Nº 20 (02)
 Agulha 25x8: Políax
 Agulha 25x1,20: IV Fie 01
 Agulha 40x1,2: 02 Microclava:

ESCALA VISUAL ANALÓGICA

LEVE

MODERADA

INTENSA

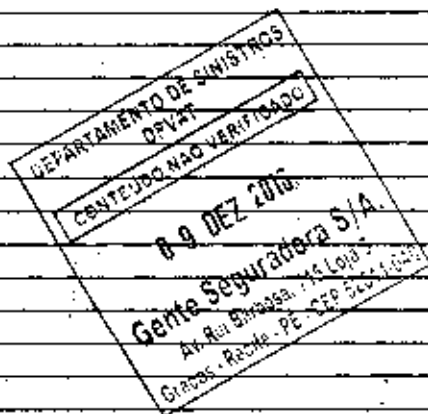
Reavaliações

HORA:

HORA:

HORA:

HORA:



Diagnóstico final do serviço de emergência

1 -

CID 10:

2 -

CID 10:

3 -

CID 10:

Horário de Conclusão do atendimento

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: 20.220

Médico responsável pela conclusão do atendimento (assinatura e carimbo)

Hora	Notações de enfermagem - Diurno
08:00	Recibo paciente em EGR, consciente, orientado, afilável, expulso, sem incontinência, restrito no leito, e AVP hidratado em dieta zero e procedimento curativo, se qui aguardando o bloco. R.
12:45	Prati Nogueira do B. e Coniente, orientado, dieta liberada após êxito anestésico APHIV. Suu estavel, noje aop curador -
14:00	Medicado conforme prescrito
18:00	Medicado conforme prescrito
	Segui aos cuidados - Sueli -

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
09 DEZ 2013
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa 715 Loja 5
Gratos - Recife - PE - CEP 52011-900

Nome técnico de enfermagem / COREN

[illegible]

DATA: 14.06.16

PESO: Kg

Nome: ALEXANDRE GUILHERME 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

Re: Dat

Hora: 2

CARIMBO DE ALERGIA / PROTOCOLOS:

CARIMBO DE ALE

ENVIADA

EM 14/06/16

AS 18:36 hs.

ADM: Gize

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO DA DIETA

DIETA:
(ESPAÇO P/ MÉDICOS E
NUTRIÇÃO)

Dieta livre

CHEGAR	CHEGAR	CHEGAR	HORA DO ALMOÇO	HORA DO JANTAR

SND

ITEM	NOME DA MEDICAÇÃO	DOSE	VIA	INTERVALO	APRAZAMENTO DA MEDICAÇÃO
1	Salso hidralazida			Continua	manter
2	Cefalotina 1g	1 FA	IV	6/6h	08/24 20 02
3	Clonazepam 1g	2 ml	IV	6/6h	08/24 20 02
4	Propofol 100mg	1 amp	IV	12/12h	06
5	Zinnat 100mg	1 amp	IV	8/8h	SIN SIN
6	Zofran 4mg	2 ml	IV	8/8h	SIN SIN
7	Cloxacilina 400mg	1 amp	SC	24/24h	23
8	MIO elevador				
9	Curativos				Paciente
10	Slts manipulados				Paciente
11	Clonazepam 1g				Paciente
12					Gratuito
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
8 3 DEZ 2016
Gente Seguradora S.A.
Av. Rui Barbosa, 112 Lapa
Gratuito - Recife - PE CEP 50711-000

SINISTRO
Gente Seguradora S.A.
Av. Rui Barbosa, 112 Lapa
Gratuito - Recife - PE CEP 50711-000

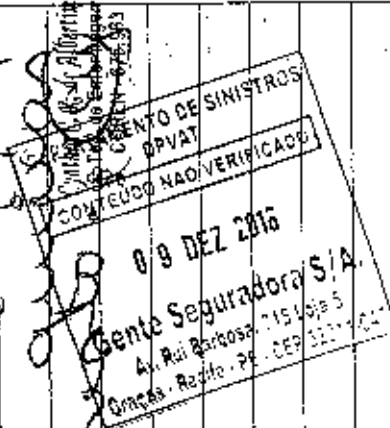
Dr. Alexandre Guilherme Conceição
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 27013

MÉDICO (A)

ENFERMEIRO (A) 1ª CHEGADA

ENFERMEIRO (A) 2ª CHEGADA

Hora	Anotações de enfermagem - Diurno
07h30	Recebeu plantão a partir das 07h30, com EGR, controle de medicação, eufórico, afilado, a orientadora, com monitorização, com AUP em MSE em de- dualização, deambulando com ajuda de mobilidade, segue os cuidados.
08h30	Adm. cuidadosa + dupl. para C.P.M. Afetado SSVU.
12h30	Funcionando com o autoquarente N.20 01 com exatidão e zelo e de- quadram + polifaco.
14h30	Adm. cuidadosa + dupl. para C.P.M. Afetado SSVU.
18h30	Adm. preferencial C.P.M. segue com a orientação



Hora	Anotações de enfermagem - Noturno
20h30	Recebeu plantão a partir das 20h30, com EGR, controle de medicação, eufórico, afilado, a orientadora, com AUP em MSE em de- dualização, deambulando com ajuda de mobilidade, segue os cuidados.
22h30	Adm. cuidadosa + dupl. para C.P.M. Afetado SSVU.
02h30	Funcionando com o autoquarente N.20 01 com exatidão e zelo e de- quadram + polifaco.
04h30	Adm. cuidadosa + dupl. para C.P.M. Afetado SSVU.
06h30	Adm. preferencial C.P.M. segue com a orientação

Nome técnico de enfermagem / COREN: Dra. Soraia
564945

Nasc: 03/06/1979 - 37a0m9d
Reg: 1758/97 - Pront: 0063501953
UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M
Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14:49
Matricula: 09940018506717001
N. Soc:

Leito: 220-B

HORA: 11:40

Resumo da história clínica

Pacient submetido a teste mental
sem sucesso.

1 Fratura do bico da asa
2

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
09 DEZ 2015
Gente Seguradora S/A.
Av. Rio Grande, 115 Loja 5
Graciosa - Roraima - PE - CEP 55011-900

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

Medicamentos (listar): ceftriaxona + metformina

☒ Fisioterapia motora	☐ Fisioterapia respiratória	☐ Fonoterapia
---	--	--------------------------------------

Outras Observações: Relatores as consultares de Dr. Daniel
Amorim Aguiar. Para 15:30h 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.

México (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

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO

Nasc: 03/06/1979 - 137a0m8d

Reg: 1456737 - CPF: 0200350995-3

UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M

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

Matricula: 09940018506717001

N. Sec:



Leito: Z20-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 a preencha a parte 2.

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

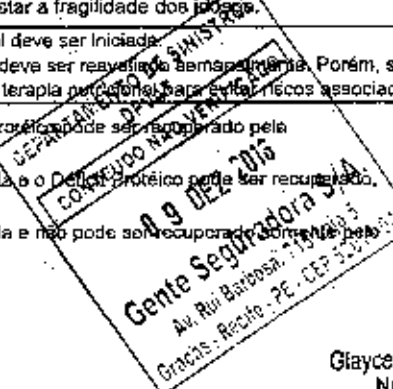
Pontuação <3: no momento, o paciente não apresenta risco nutricional e deve ser reavaliado semanalmente. Porém, se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar terapia nutricional para evitar riscos associados.

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

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

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

Fonte: Kendrup et al, 2003.


Glayce Jânio Bezerra
Nutricionista
CRN6 8535

Nutricionista

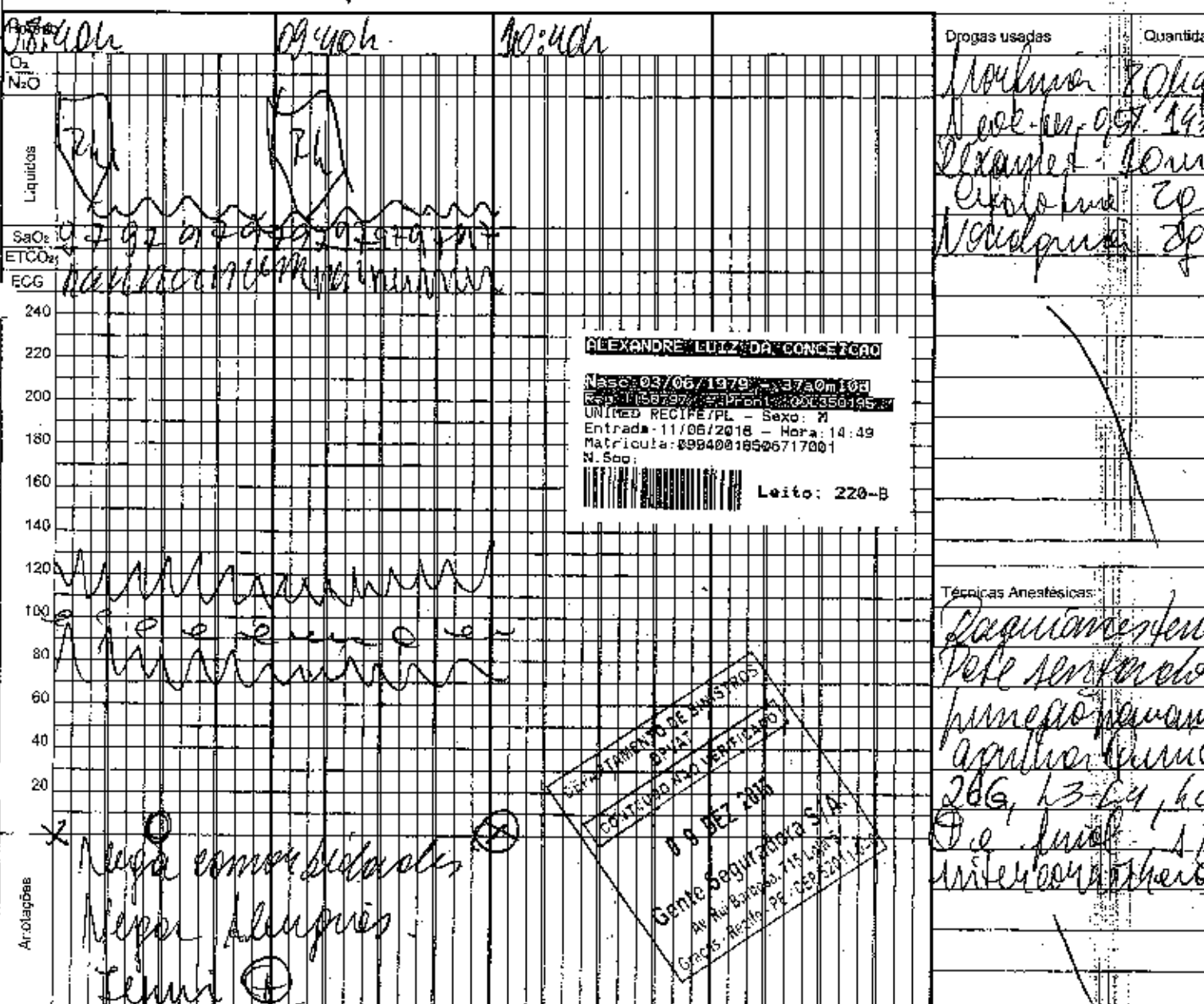
Data: 13.06.2016 Acomodação: ENE

Paciente: M. Paula da Silva Sexo: M Idade: 29 anos

Nome do Anestesiologista: Mirella Tavares Nome do Cirurgião: Daniel Campos

Medicação Pré-anestésica: Domnamid 5mg Urgência: ☐ NÃO ☒ SIM

Cirurgia: Fixação de fratura de tíbia ①



Drogas usadas: Propofol 80mg, Vec-0,1% 14ml, Demulder 10ml, Curim 20, Vecurum 20

Técnicas Anestésicas: Quimioterapia, Pele anestesiada, Imobilização manual, aplicação manual, 26G, 13-14, 16, P.e. final, intubação orotraqueal

Monitorização ☒ Cardíaco ☒ Oxímetro ☒ PNI ☒ Sonda Vesical ☐ Capnógrafo ☐ Elet. Pré-cordal ☐ Outros	☐ BIS ☐ Temperatura ☐ Swan-Ganz ☐ Analisador Gases ☐ PVC ☐ Estimulador de Nervo ☐ Linha Arterial ☐ Volemia IAP Plus	Encaminhado ☒ Acordado ☐ Sonolento ☐ Entubado Destino ☒ SRPA ☐ UTI ☐ Externo ☐ Apart./ Ent. Caso encaminhamento para apartamento: Paciente preenche critérios de alta SRPA? ☐ SIM ☐ NÃO Escore de Aldrete:	Intercorrência: ☒ NÃO ☐ SIM Descrever: Observações:
---	--	---	--

Verificação do funcionamento antes do procedimento:
 Camo de Anestesia: ☒ SIM ☐ NÃO
 Material de Assistência Ventilatória: ☒ SIM ☐ NÃO

Assinatura: Dra. Mirella Tavares, Médica Anestesiologista, CRM 028.092.074-10, R. 027 / CBO - 225/04

FICHA DE ADMISSÃO NA SRPA

01

ALEXANDRE LUIZ DE CONCEIÇÃO

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

Internado: ☒ Sim ☐ Não

ASA: 1

Urgência: ☐ Sim ☒ Não

Nasc: 03/05/1979 - 37A0108
 Reg: 11587972 - Pront: 000253195
 UNIMED REGIFE/AL - 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

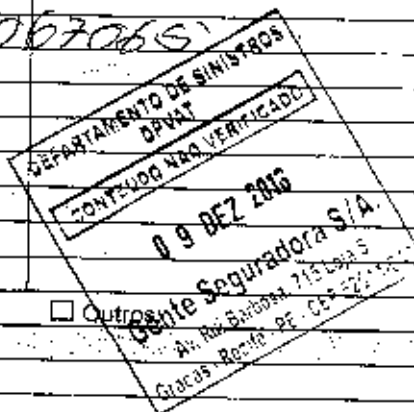
Hora/Parâmetro	H: 11:00 ADMISSÃO	H:	H:	H:	H:	H:	H:	H:	H: 12:30 Alta SRPA
PA	132x64								112x66
SpO2	99%								99%
Consciência	Desperta								Desperta
Atividade	Desperta e MMII								Desperta e MMII
Respiração	Eupneica								Eupneica
Freq. Resp.	-								-
Diurese	Espontânea								Espontânea
Freq. Card.	81								84
Aval. Numér. DOR	-								-
Temp °C	36,1								36,1

Evolução Médica:

Paciente admitido na SRPA após Resuscitação NO momento SOB supervisão
 sendo, atendido com sucesso e evoluindo bem quanto a Resposta motor e MMII.
 Mantendo vigilância.

Prescrição Médica:

Monitorização / Medicação	Horário	Enfermagem
1. F.O. E. 100	11:00	
2. Suplementar de O2 4L	11:00	
3. 500mg de KCl	11:00	
4. Curativo	11:00	



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

Intercorrências:

Condições de Alta/Escore Aldrete e Kroulik modificada:

Desperta, sem queixas, os E. vital, s. de sang. 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
Atividade		Respiração		Consciência		Circulação (PA)	
ove 4 membros	2	Profunda, tosse	2	Completamente acordado	2	±20% nível pré-anestésico	2
ove 2 membros	1	Limitada, dispnéia	1	Despertando ao chamado	1	±20% a 49% nível pré-anestésico	1
						SpO2	
						Mantém SpO2 > 92% em ar ambiente	2
						Mantém SpO2 > 90% com O2	1

NOME COMPLETO: <u>Alexandre Luiz da Almeida</u>		ALEXANDRE LUIZ DA CUNHA RO	
DATA DE NASCIMENTO: <u>1 / 1</u>		NASC: 03/08/1979 - 3720880	
RÉGISTRO:		Res: 156744 - Pron: 00895019	
DATA DA ADMISSÃO: <u>11/06/16</u>		UNIMED RECIFE/EM - Sexo: M	
		Entrada: 11/06/2016 - Hora: 10:41	
		Matricula: 9940616506717001	
		N. Soc:	
		Leito: URGEM	
MÉDICO ASSISTENTE: <u>MA: Dr. Antônio Neto</u>		FONE:	
QUEIXA PRINCIPAL/DURAÇÃO: <u>Ex dos Ombos do Braço (D)</u>			
H.D.A.: <u>Paciente vítima de acidente de moto há 2 horas, não perde a consciência, náuseas e vômitos. Dor de intensidade em punho (D) e dor no ombro esquerdo e dor no ombro direito. No exame físico, dor no ombro direito.</u>			
AR: FR _____ irpm SaO ₂ : _____			
TEMPERATURA: _____ °C			
ACV: PA _____ / _____ mmHg FC _____ bpm			
ABD:			
SNC:			
EXTREMIDADES:			
Don 2 - palpares + dor no ombro do Braço Don 2 - palpares			
COMISSÃO DE SINISTROS OPMT 19/06/2016 Centro Seguradora A Av. Rui Barbosa, 715 Centro - Recife - PE - 50050-000			
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



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 CONCEIÇÃO

NASC: 03/06/1979 - 3750mdd
CPF: 1156787-1 - 000304135
UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M
Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14:49
Matrícula: 05040016506717001
V.Soc:

Leito: 220-B

ANAMNESE

MÉDICO ASSISTENTE:

Dr. Samuel Campos

FONE:

QUEIXA PRINCIPAL/DURAÇÃO:

Dor em punho dor

H.D.A.:

Dor em punho his após acidente de moto

AR: FR _____ irpm SaO₂: _____

TEMPERATURA: _____ °C

ACV: PA _____ / _____ mmHg FC _____ bpm

ABD:

SNC:

EXTREMIDADES:

Dor em punho + edema + contusão em punho

RECOMENDADO

9

Tratamento de punho dor

Tratamento cirúrgico de punho dor

☐ SEPS

☐ ASSISTÊNCIA AO PARTO

☐ CONTROLE GLICÊMICO

☐ DOR TORÁCICA

☐ HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL

☐ TEV

☐ AVC

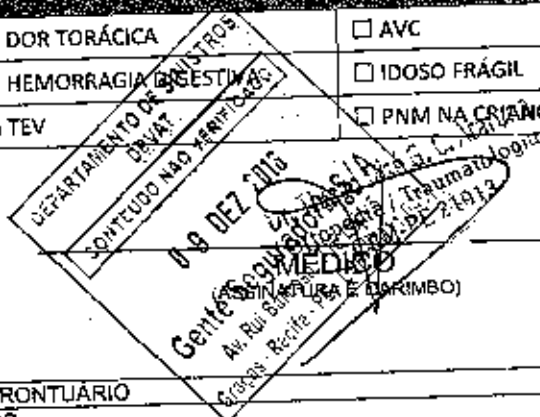
☐ IDOSO FRÁGIL

☐ PNM NA CRIANÇA

☐ PAC

☐ CUIDADOS PALIATIVOS

☐ 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 dos Unus do Pens. D
- Ex diagnósticos de T. H. D

Intervenção para Tratamento Cirúrgico

☐ SEPSE	☐ DOR TORÁCICA	☐ AVC	☐ PAC	☐ D. H.
☐ ASSISTÊNCIA AO PARTO	☐ HEMORRAGIA DIGESTIVA	☐ IDOSO FRÁGIL	☐ CUIDADOS PALIATIVOS	
☐ CONTROLE GLICÊMICO	☒ TEV	☐ PNM NA CRIANÇA	☐ ASMA NA CRIANÇA	
☐ USG	☐ TC	☐ RM	☐ ECO	☐ EDA
☐ BRONCOSCOPIA	☐ LABORATÓRIO	☐ CINTILOGRAFIA	☐ SWABS DE VIGILÂNCIA	
☐ ISOLAMENTO DE CONTATO		☐ ISOLAMENTO RESPIRATÓRIO		☐ PADRÃO
☐ DROGA VASOATIVA	QUAL (AIS):	PREVISÃO DE TÉRMINO: _____ DIAS		
☐ ANTIBIÓTICO	QUAL (AIS):			



Data/Hora

Cada registro deve ser assinado e carimbado

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO

Nasc: 03/06/1979 - 37a0m6c
Reg: 1158740 - Pront: 000350195
UNIMED RECIFE/EM - Sexo: M
Entrada: 11/06/2016 - Hora: 10:41
Matricula: 9940318508/17001
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) + escoriação
pelo corpo. Mega TCE, perda de consciência
e trauma em coluna. Realizou
Rx e imobilização em HSB. Após resul-
tado solicitado internamento cirúr-
gico. HD: Fratura de tibia (D). segue
com GCR, consciente, orientado, sem es-
tafeis, eufórico, hidratado, corado,
afebril, punção de AVP em HSB m
medicação, com HSB imobilizado,
em repouso no leito. segue com medi-
cação de exames pré-op. para serem rea-
lizados no internamento. Risco e condi-
ta em anexo.

2016 11/06/16
EXAT
07:29

13/06/16
16:20h

SUV - Fratura de tibia m
paciente com sem queixa
colateral, corado, eufórico
Edema mdt.
Roxo profundo mdt
HD: ligadura pré-op

CONTENIDO DE SINISTROS
EXAT
09 DEZ 2015
Genta Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 750 Lda 5
Recife - Recife - PE - CEP 50045-000

11
06

Carolina Pina

16

Fratura tibia (D)
S/ outros comorbidades
NENH (M) em; DR; KFO DAC) T86; XMM
NENH EM OD MAMMM
NENH MAMM. CMMCM PMH M MAMMM
AO MMD MMDA AN RM 252-
PA:
ECG: Sinus y FC 100 norm
Hmo Comorbim Grau I (DOLKO)
MAM PMMDM P/ TUP/TOP y GMM

Dr. Carlos Eduardo G. Santiago
CRM 1724 - PE
Cardiologia Intervencionista

ta/Hora

Cada registro deve ser assinado e carimbado

13/06/16
14:00h

SOX - Nota Operatória
Paciente com fratura de anco
do fêmur fixo, sendo realizado
o da e tratamento cirúrgico
com haste fixada de tipo bloqueada
inter. A redução a fratura com parafuso
de polio, por via caudal, através
pelo do fêmur, permitindo poder mais
transparência, deixando sua região
convergendo, assim, reduz a fratura do fêmur
no SA

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO

Nasc: 03/06/1979 - 37 anos

Ros: 1158797 - Pront: 003350199

UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M

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

Matricula: 09940019506717001

N. Soc.

Leito: 220-B

Dr. Alexandre Luiz da Conceição
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 24713

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
09 DEZ 2015
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Lota 5
Bairro - Recife - PE - CEP 52011-900

Cada registro deve ser assinado e carimbado

ALEXANDRE DA SILVA CONCEIÇÃO

Nasc: 03/08/1979 - 37/08/99
Reg: 115879 - FIC: 00050155
UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M
Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14.49
Matrícula: 0594001850671720
% Sob:



Leito: 228-B

Hora

12/06/16
18:30

308 - *atraso de letivo no*
paciente em, em alguns
exames físico mantido
CD: alteração, principalmente a
ampliar de 8h de manhã
até zero o poder de mexer - não

Dr. Thiago José de C. Martins
Otorrinolaringologista
CRM PE 21418

Enfermagem

Presente retorno do bloco cirúrgico às 15:40, em FOT, de fratura de tíbia, sinais vitais estáveis, consciente, orientado, em repouso no leito, anodino, anestésico, eliminando urina em quantidade, eliminando fezes em quantidade, febre FO em MD, 3106, em sinais de febre, alerta por queda + febre, causa travada, grades elevadas, 12 horas, sem queda, segue em observação.

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO
CONTUDO NÃO VERIFICADO
09 DEZ 2016

Gente Seguradora S/A.
R. Rui Barbosa 715 Lda
Cidade: Recife - PE - CEP 52011-900

Assinatura
Enfermeiro
09/06/2016

12/06/16
12:05

Paula Evone PE DPO fratura de tíbia (D); consciente e orientado; sinais vitais; febre FO em MD; 3106; alerta VO; Sinais (+) curativos em FO MD limpo; MD elevado; febre de queda + febre auto: causa travada + grades elevadas, hora AP cada 3 dias. segue aguardando visita médica.

Rosângela Maria da Silva
Enfermeira
CRM 470.141

11/06/16

ENFERMAGEM

Paciente admitido procedente do EMERGÊNCIA. Paciente consciente, orientado, verbalizando. Exame físico, em ambiente. Cito de 20 a 40 e em 45. Com diário da Dieta da Duasas, espem 5 no presente. Apresento escoriações em todo o corpo. Apresento tala em MIP. Realizada a avaliação e realizada parecer cardiológico. Risco de queda, fêlita e infecção. Condução: elevar e fazer o gado, fazer o AVP e os de 72h e Cominuar o AVP - em morcidades.

Dra. Mariana A. da E.
Enfermeira
TITULADA AMBIADETTI
COREN 258.957

12/06/16

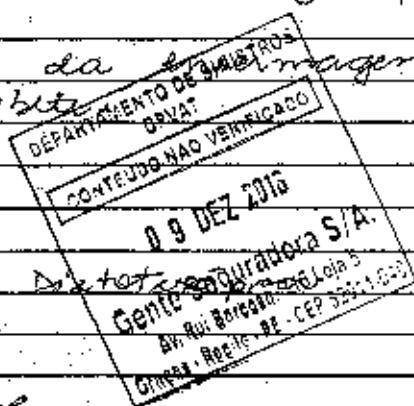
Enfermagem

Paciente estável, orientado, rescatado ao leito devido a fratura, com imobilização em MIP, encadado, supneno, apleu, dila do 4, MP em USE + 14106, dR.

far a parer do cardis, Ag. transada de cirurgia.

Segue as medidas da enfermagem.
Risco de queda + fêlita

Unulep.
26511

12/6/16
13:15h

Atendimento Nutricional - Admissão

NO: Fratura da tíbia

Paciente consciente, orientado, ESE.

Nega comorbidades e alergias alimentares. Sem queixa de náusea e vômito. Evacuações regulares, 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 (N5,0)

Nível de assistência: Paciente em Nível Nutricional: 2160 kcal e 100g de proteína

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

Glayce Janyne Bazez

Nutricionista

Página: 1 de 1

Data/Hora
17/06/11
18:15

Cada registro deve ser assinado e carimbado

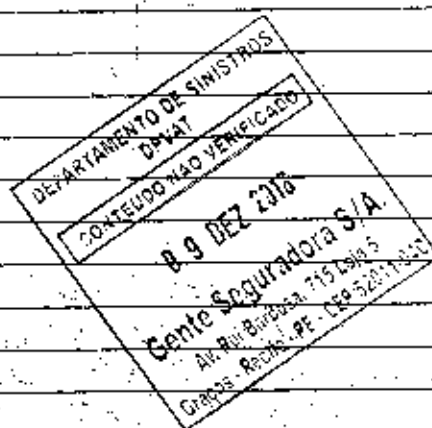
809 - A.D.P. - fraturas do tórax
paciente bem, com dor leve em pouco no
tórax.
- vital: c/a, alerta, corado, mucosas: afiladas
- R/c com som agudo
- edema mal
- boa resposta perfusiva
- sensibilidade e motricidade preservadas
- Paciente a ser
em alta hospitalar

Dr. Thiago Inácio
Otorrinolaringologista
CRM 21313

14/06/16
19h20

Segue de alta hospitalar.

Simone Brito
Enfermeira
CRM 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 CONCEIÇÃO

CARIMBO DE ALERGIA / PROTOCOLOS:

CARIMBO ARSENAL:

Nasc: 03/06/1979 - 37a0a8d
Reg: 1158751 - Pront: 000950195
UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M
Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14:49
Matricula: 09940018506717001
N. Soc:
Leito: 220-B

ENVIADA
EM 11.06.16

As 16.06 hs.

ADM: *[Assinatura]*

Hora:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO DA DIETA

DIETA: (ESPAÇO PARA MEDICAÇÃO E NUTRIÇÃO)	PRESCRIÇÃO MÉDICA					APRAZAMENTO DA DIETA				
	ITEM	NOME DA MEDICAÇÃO	DOSE	VIA	INTERVALO	APRAZAMENTO DA MEDICAÇÃO	DIETA	HORA DO INÍCIO	HORA DO TÉRMINO	
MEDICAÇÕES	1	Novalgina + AD	10	EU	6/6h	18/06/16				
	2	Jelus Hidrolizado								
	3	Tramal 100mg + 100ml SF 0,9%		EU	8/8h	18/06/16				
	4	Profenid + 100ml SF 0,9%	100mg	EU	12/12h	18/06/16				
	5	Zoflon + AD	4g	EU	8/8h	S/N				
	6	Clexone 01mg	20g	SC	1x/dia	18/06/16				
	7	Cefotaxima + 100ml SF 0,9%	1G	EU	6/6h	18/06/16				
	8	Pontocel + Oshevent	40g	EU	1x/3x					
	9	SSVU + CC GG								
	10	Solicito Bases Endócrinas								
	11	laboratório								
	12									
	13									
	14									
	15									
	16									
	17									
	18									
	19									
	20									

Barbela Roche
Enfermeira
COREN: 289.184

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

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 DEZ 2015
Gente Seguradora S.A.
Av. Rui Barbosa, 115 Lays
Av. 233 - Recife - PE - CEP 52011-000

MÉDICO (A)

ENFERMEIRO (A) 1ª CATEGORIA

ENFERMEIRO (A) 2ª CATEGORIA

REDE SÃO LUIZ	FORMULÁRIO INSTITUCIONAL				Página 1/2	ESPERANÇA
	Elaboração 08/11/2014	Efetivação 28/04/2016	Código: HESP.INS.FOR.54	Versão: 01		
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM						

NOME	ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO	
DATA	11/06/16	Nasc: 03/06/1979 - 37a0m8d Sexo: M Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14:49 Matrícula: 09940018506717001 N. Soc:
REGISTRO		
LEITO	Leito: 220-B	
DIAGNÓSTICO	P. de Fibrio	

RISCO DE LESÃO DE PEELE ASSOCIADO À IMOBILIDADE NO LEITO EVIDENCIADO PELO ESCORE DA ESCALA DE BRADEN													
CD:	☐ MUDANÇA DE DECÚBITO DE 3/3h	08	11	14	17	20	23	02	05	08	11	14	17
RISCO DE ITU EM PACIENTES COM IRO, OLTIURICOS													
CD:	☐ SVA 3 X SEMANA CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.												
RISCO DE FLEBITE ASSOCIADO AO USO DE ACESSOS VENOSOS PERIFÉRICOS E/OU UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA EVIDENCIADO PELOS SINAIS FISIOLÓGICOS, ESCALA DE MADOX													
CD:	☒ TROCA DE AVP A CADA 72h	INT 06 TROCA 106											
	☐ TROCA DE EQUIPO A CADA 72h.												
	☐ VIGILÂNCIA DO SÍTIO DE PUNÇÃO.												
RISCO DE SANGRAMENTO/ HEMORRÁGIAS RELACIONADO A:													
CD:	☐ USO DE ANTICOAGULANTES (HEMOPOL / HEPARINA EM ALTA DOSAGEM).												
	☐ PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: _____												
	☐ MEDIR DÉBITO DE DRENO A CADA 12h.												
	☐ VIGILÂNCIA CLÍNICA/ SSVV.												
RISCO PARA DISTÚRBIO DE ELETRÓLITOS SECUNDÁRIO AO USO DE MEDICAMENTO DE ALTA VIGILÂNCIA													
	☐ CLORETO DE POTÁSSIO.												
	☐ CLORETO DE SÓDIO 20%.												
	☐ SULFATO DE MAGNÉSIO 50%.												
	☐ ADRENALINA.												
CD:	☐ VIGILÂNCIA DE FC/PA.												
	☐ MONITORIZAÇÃO CLÍNICA (SINCOPE; TONTURA).												
RISCO DE HIPOGLICEMIA/ HIPERGlicEMIA COM RELACIONADO AO DIAGNÓSTICO DE DM E/OU INSULINOTERAPIA EM ALTA DOSAGEM													
CD:	☐ INSERÇÃO NO PROTOCOLO DE CONTROLE DE CONTROLE GLICÊMICO.												
	☐ MONITORIZAÇÃO DE ESCALA DE COMA DE GLASGOW.												
RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO ASSOCIADO À GARGALHADA DE DIETA POR SNE/GRUPO DISFAGIADIDADE													
CD:	☐ MANTER CABECEIRA A 45º - 90º												
	☐ ASPIRAR VIAS AERÉAS S/N												
	☐ MANTER DECÚBITO ELEVADO DURANTE AS MOBILIZAÇÕES DO PACIENTE.												
	☐ MANTER O USO DE PERIOGARD EM PACIENTE TOT												

CONTENIDO 440-7-100-07h - 19h 19h - 07h
8-9 DEZ 2016
Gen de São Paulo S/A.
Gratias - Retire

DATA: 13/06/16

PESO: Kg

Nome:

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO

Nasc: 03/06/1975 - 37a0m00

Rcg: 1158797 - 2 - Pront: 000350155

UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M

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

Matricula: 09540018506717801

N. Soc:



Leito: 220-B

Hora:

CARIMBO DE ALERGIA / PROTOCOLOS:

CARIMBO DE ENVIADA

EM 12/06/16

A. 16 44 55

ADM: G. G. G.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO DA DIETA

DIETA: (ESPAÇO PARA MÉDICOS E NUTRICIONISTAS)	PRESCRIÇÃO MÉDICA					APRAZAMENTO DA DIETA		
	sub livre, zero a partir de mais nada					DIETA	HORA DO MEIO	MODO DO VIGILÂNCIA
MEDICAÇÕES	ITEM	NOME DA MEDICAÇÃO	DOSE	VIA	INTERVALO	APRAZAMENTO DA MEDICAÇÃO		
	1	Julos hidralazida				manter		
	2	Diprison 2 ml + 8 ml	2 ml	IV	6/6h	18 24 06		
	3	↑ renal 100%	1 amp	IV	8/8h	SIN > SIN		
	4	Propofid 100%	1 amp	IV	12/12h	> 20 08		
	5	2 ofran 4%	2 ml	IV	8/8h	SIN > SIN		
	6	clonaz 40%	1 amp	SC	di 12h	(12h) > 17		
	7	aprilatona 1g	1 FA	IV	6/6h	18 24 06		
	8	Pantolol 40%	1 FA	IV	1x/d	06		
	9	Clofaz 1W			6/6h	gra f e cu		
	10							
	11							
	12							
	13							
	14							
	15							
	16							
	17							
	18							
	19							
	20							

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPV
ID. 47803-140 VERIFICADO
09 DEZ 2015
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 1161 Lda 5
Gravata, Recife - PE - CEP 51011-000

Dr. Thiago S. D. Araújo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 21013

ESPANHA L. L. L. L. L.
EM 12/06/16
COREL PE 21013

MÉDICO (A)

ENFERMEIRO (A) 1ª CHAMADA

ENFERMEIRO (A) 2ª CHAMADA

Hora	Ações de enfermagem - Diurno
08h	(Realize banho; constante; cuidados; até ao leito em uso de fraldas; banho; higiene; e mais; compressas; curtos; banhos; de; banho; marmelada; marmelada; no; banho; marmelada; banho; com; banhos. 16h Administrado marmelada IV com infusão lenta 17h Administrado marmelada IV com infusão lenta 18h Administrado marmelada IV com infusão lenta algum os cuidados com o banho.

Hora	Anotações da enfermagem - Noturno
18h	deixar plantão e apresentar no bloco de plantão o quanto ocorreu durante a noite. Plantão de enfermagem.
20h	Plantão de enfermagem.
22h	Plantão de enfermagem.
24h	Plantão de enfermagem.
26h	Plantão de enfermagem.
28h	Plantão de enfermagem.
30h	Plantão de enfermagem.
32h	Plantão de enfermagem.
34h	Plantão de enfermagem.
36h	Plantão de enfermagem.
38h	Plantão de enfermagem.
40h	Plantão de enfermagem.
42h	Plantão de enfermagem.
44h	Plantão de enfermagem.
46h	Plantão de enfermagem.
48h	Plantão de enfermagem.
50h	Plantão de enfermagem.
52h	Plantão de enfermagem.
54h	Plantão de enfermagem.
56h	Plantão de enfermagem.
58h	Plantão de enfermagem.
60h	Plantão de enfermagem.

DATA: 13/08/16

PESO: _____ Kg

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO

Nasc: 03/05/1979 - 37a0m10d

Reg: 115879 - Front: 000350195

UNIMED REC17EPA - Sexo: M

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

Matrícula: 09940018506717801

X Soc: _____

Leito: 220-B

Hora: 17:00

CARIMBO DE ALERGIA / PROTOCOLOS

CARIMBO ARSENAL

ENVIADA
EM 13.06.16

12.25hs.
ADM: *[Assinatura]*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO DA DIETA

DIETA:
(ESPACO P/ MEDICOS E
NUTRICAO)

Leito lavado após
recuperação
ambuvel

[Assinatura]
Gláucia Janine B. Costa
Nutricionista
CRN6 8535

CHEGAR	CHEGAR	CHEGAR	HORA DO MICO	HORA DO VOMITO
SVD				

MEDICAÇÕES

ITEM	NOME DA MEDICAÇÃO	DOSE	VIA	INTERVALO	APRAZAMENTO DA MEDICAÇÃO
1	SFO 9L	1000ml	IV	em 24h	21/2
2	Cefalotina 1g	1g	IV	6/6h	24/20 02/08/16
3	Alprazolam 500mg/ml	1g	IV	6/6h	24/20 02/08/16
4	Piracetam 1000mg	1amp	IV	10/12h	28/06/16
5	Tramadol 100mg	1amp	IV	8/8h	Sedem 12h
6	Zofran 4mg	2ml	IV	8/8h	SIN 12h
7	Dexamet 40mg	1amp	SC	24/24h	02/23h 28
8	M.D. liberada				ATT
9	CC6613SW			6/6h	grafico
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTUDO NÃO VERIFICADO
09 DEZ 2015
Gente Seguradora S/A.
Av. Rio Sabeosa, 715 Loja 5
01305-900 São Paulo - SP - 0800 500110

[Assinatura]
Dr. Tarciso de S. C. Arantes
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE 21013

[Assinatura]
Tarciso de S. C. Arantes
Enfermeiro
CRP 120.174

MÉDICO (A)

ENFERMEIRO (A) 1ª CHEGADA

ENFERMEIRO (A) 2ª CHEGADA

VALIA EM TODOS
OS TERMINOS NACIONAIS

1020050938

PRISÃO PLASTICADA

1020050938

ALEXANDRE LOIS DA CONCEICAO

ACERTOS DE IDENTIFICACAO

1105361 330 PE

038-501 124-29 03/06/1975

MAO DECLARADO

REVERENDIA LUISA DA
CONCEICAO

PERMISSAO

29/01/2020 30/03/1999

PROSECUCOES

Receita Ativ. Remunerada

Receita Ativ. Remunerada

LOCAL

RECEITA - PE

DATA EMISSAO

02/02/2016

61198540010

PE064628882





0013

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DOS GIBROS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CENTRO NACIONAL DE REGISTRAÇÃO

NOME
MIRIAM VALENÇA DE MEDeiros

DOC IDENTIDADE: ORG. ENVIOARITE
2574273 SSP PE

CPF
633.249.034-91

DATA NASCIMENTO
20/10/1966

FUNÇÃO
SOLOS DE MEDeiros

FILIAO
MIRIAM VALENÇA DE
MEDEiros

PERMISSÃO
AC
CA
N

UNIDADE
28/10/2012

VALIDADE
12/11/1995

INSCRIÇÃO
03921624502

OBSERVAÇÕES
sem observações

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
31/10/2011

19542471121
08048470238

PROIB. DE PLASTIFICAR
473953700

VALIDAR EM TUDO
O VANTORIO NACIONAL
473953700

09 07 2013
GENTE SEGURANÇA S.A.
11 9 1 10 11 11
11 9 1 10 11 11



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

VA - CÓD. RENAVAM - FUN. L.F. O. - EXERCÍCIO
2 551555270 ***** 2015

NOME

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

JAB GUARAPAES-PE

CPF / CNPJ

030.890.124-59

PLACA

KMF5791

PLACA ANT. UF

PE

CLASS

503310548DA149961

ESPÉCIE TIPO

PAS (MOTOCICLETA)

COMBUSTÍVEL

ALCO/GASOL

FAHIA MODELO

MOTER/NXR150 BROS ES3

ANO FAB

2012

ANO MOD

2013

DAP / FUN. L.F. O.

2F/149CL

CATEGORIA

PARTIC

CONDIÇÃO DE REGISTRO

PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC. COTAS

IPVA 2013 QUITADO

1° *****

FAZENDA PVA

PARCELAMENTO COTAS

2° *****

A 1

3° *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

ICP (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DETAQUE (R\$)

SEGURO PASE

OBSERVAÇÕES

AL. FID. BANC. MOTER SA

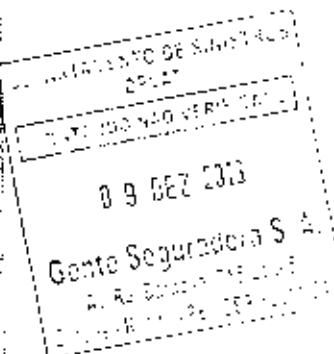
JAB GUARAPAES

DATA

10/04/16

Charles Andrews Sousa Ribeiro

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
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 juridicamente 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, UF PE, Data 22/11/16

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

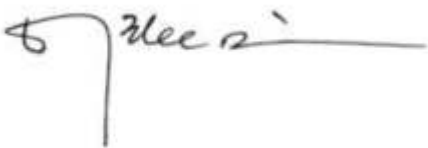
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

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: chef de transporte
RG nº 5105361, CPF/MF 036590124-59, com
endereço residencial na AV Belem de juda N° 58
Ilhas Carnéiras / Condado
Palmarão dos Guararapes - PE

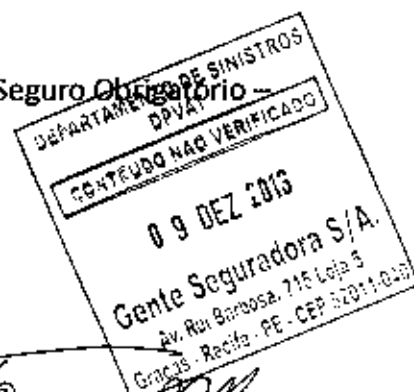
OUTORGADO:

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 Fátima de Lacerda: 329 - Tejupá - CEP: 50094-110 - Fone: (81) 325.1500
Perenêdo por Autenticidade a firma indicada de (35020912459)
ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO
que confere c/ o padrão reg. neste cartório em 16.
Recife, 12 de agosto de 2016. En testu
Felipe Henrique Monteiro da Silveira - Escrevente Autentado
Emol.: R\$ 8,63 - TSNR: R\$ 0,73 Totais R\$ 9,36
R\$ 0073478.TSR08201601.01825 **
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledireita

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledireita



**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

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