
Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: ALEX HENRIQUE NOGUEIRA

Nº Sinistro: 3180349049

Vitima: ALEX HENRIQUE NOGUEIRA

Data do Acidente: 01/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180349049**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **ALEX HENRIQUE NOGUEIRA**

Nº Sinistro: **3180349049**

Vitima: **ALEX HENRIQUE NOGUEIRA**

Data do Acidente: **01/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180349049**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **01/01/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
 DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

704.069.084-51

Nome completo da vítima

ALEX HENRIQUE NOGUEIRA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ALEX HENRIQUE NOGUEIRA	CPF titular da conta 704.069.084-51	Profissão ESTUDANTE
Endereço RUA SETOR 3	Número 30	Complemento CASA
Bairro ENSEADA DOS CORAIS	Cidade CABO	Estado PE
Email	CEP 54500-001	Telefone (DDD) 8098770-1979

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

8370-1979

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 |

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

- BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
- CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGENCIA

 NRO.
3015

D/V

CONTA

 NRO.
73055

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome _____

NRO. _____

 AGENCIA
NRO. _____

D/V

CONTA

NRO. _____

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

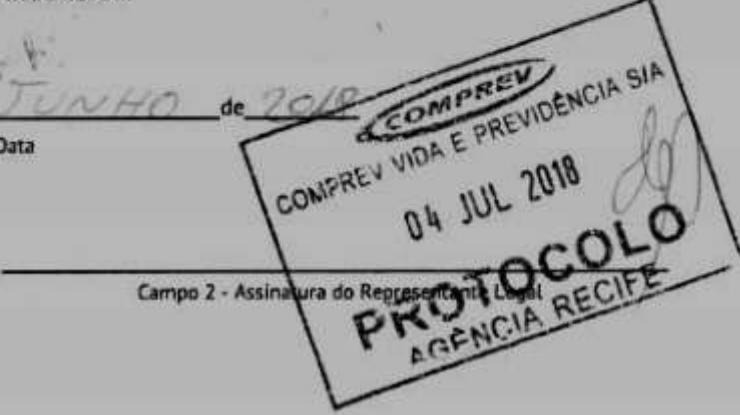
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

CABO SAT. AGOSTINHO 26 de JUNHO de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





AUTO-ATENDIMENTO - PRAIA DE PIEDADE/PE
DATA: 04/07/2018 HORA: 07:34:04
TERMINAL: 15881004 CONTROLE: 158810040043

COMPROVANTE DE
TRANSFERÊNCIA DE VALORES

REMETENTE

CGC/AGENCIA : 2346 / BOA VIAGEM
CONTA : 013.00037850-9
NOME : BRUNA CRISTINA DO NASCIMENTO SAN

FAVORECIDO

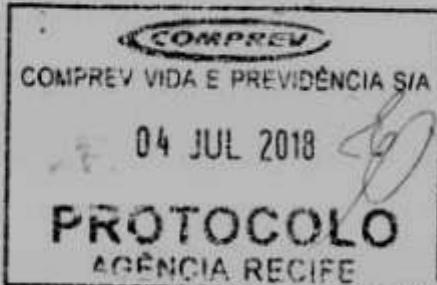
CGC/AGENCIA : 3015 / PRAZERES
CONTA : 013.00043055-4
NOME : ALEX HENRIQUE NOGUEIRA

VALOR : 5,00

DATA DE EFETIVAÇÃO : 04/07/2018

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO
DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30
MINUTOS.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br





DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTE

Nº / ANO
J-21/18



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

COMPREV
 COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

04 JUL 2018

PROTÓCOLO
 AGÊNCIA RECIFE

COM ANEXO	X	SEM ANEXO
-----------	---	-----------

Município	CABO	Rodovia	PE-28	Km	
Ponto de Referência	RESTAURANTE DO CABEÇA			Data	01/01/18
Dia da Semana	SEGUNDA	HORA/OCORRÊNCIA	08:50	Hora/Cheg./Pr	09:10

II - LOCAL E DATA

ATROPELAMENTO	ABALROAMENTO	COLISÃO	CHOQUE	CAPOTAMENTO	
Pedestre	Longitudinal	Frontal	Poste, Árvore	Tombamento	
Animal	Transversal	Traseira	X Muro, Casa	Saída da Pista	

III - CONSEQUÊNCIA

SEM VITIMA	COM VITIMA	X	MORTOS		FERIDOS	
Nº/VEIC. ENVOLVIDOS NO ACIDENTE			IDENT. 02	NÃO IDENT		TOTAL 02

IV - CONDIÇÕES CIRCUNSTANCIAIS

ACID. VERIFICADO	CONDIÇÕES/VIA		CONDIÇÕES/TEMPO		PERÍODO/DIA	SEMÁFORO
Longo da Via	X	Seca	X	Bom	X	S/Defeito
Cruzamento		Molhada		Chuva		C/Defeito
Outros		Enlameada		Neblina		Desligado
		Oleada		Gareja		N/Existe

V - CONTROLE DO TRÁFEGO

Policial	Placa "Pare"	Placa "Dê a Pref."	MÃO DE DIREÇÃO	DIVISÃO DA VIA
F.Pedestre			Única	Faixa Contínua
F.Retenção		Não há Placas	Dupla	X Canteiro Central

VI - CONDIÇÕES DOS CONDUTORES

EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA - VI/V2		COMPORTAMENTO - VI/V2	
Realizado no Local		Permaneceu no local	X
Enc. Para Exame		Socorrido	
Não foi Realizado		Evadiu-se	X

VII - DANOS A PROPRIEDADE DE TERCEIROS

Proprietário		Tomou Conhecimento
Natureza das Avarias		

VIII - VEÍCULOS

QUANTO À TRAÇÃO - VI/V2		ESPÉCIE - VI/V2		CATEGORIA - VI/V2	
Automotor	X	Passageiro	X X	Oficial	
De Propulsão Humana	X	Carga		Particular	X X
De tração animal		Tração		Aluguel	

IX - IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES VEÍCULO - 01

Marca	FIAT	Modelo	PALIO	Ano	97	Renavam	690616945	Placa	CPU-2242
Município	PRIMAVERA		Nº do Chassis			Veículo de Carga nº de Eixo		02	
Carregado	Aprendido			Liberado		Evadiu - se			
Proprietário			ELINALDO GENEZIO VIRGINIO						
Residência					Bairro				
Município	PRIMAVERA		Rg.	Org. Exp.		CPF		689597545-72	
Condutor			MARCELO ALVES DE FRANCA						
Residência			RUA MARAVILHA, N 31		Bairro		PARQUE DO HORTO		
Município	HORTOLANDIA SP		Rg.	28828615	Org. Exp.	SSP SP	CPF	282405598-75	
CNH/Pront./ Nº	00977842783		Categoria	AB	Validade	09/11/2022	Hora/Dir.		

VEÍCULO - 02

Marca	Modelo	Ano	Renavam	Placa
Município		Nº do Chassis		Veículo de Carga nº de Eixo
Carregado	Aprendido		Liberado	Evadiu - se
Proprietário				
Residência			Bairro	
Município		Rg.	Org. Exp.	CPF
Condutor				
Residência			Bairro	
Município		Rg.	Org. Exp.	CPF
CNH/Pront./ Nº		Categoria	Validade	Hora/Dir.

TESTEMUNHA - 01

Nome		Idade	Sexo	Profissão
Residência		Bairro		
Município	U.F.	Rg.	Órg. Exp.	CPF

TESTEMUNHA - 02

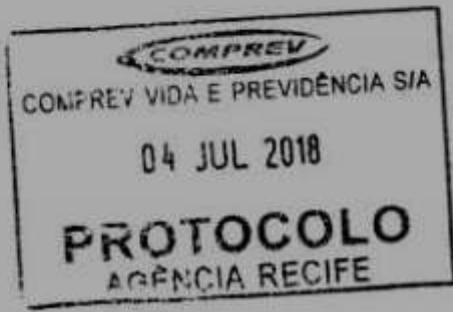
Nome		Idade	Sexo	Profissão
Residência		Bairro		
Município	U.F.	Rg.	Órg. Exp.	CPF

VÍTIMA - 01

Nome	ALEX HENRIQUE NOGUEIRA	Natureza dos Ferimentos	Leve	Graves	X	Mortais
Estado Civil	SOLTEIRO	Idade	17	Motorista	Passageiro	Pedestre
Profissão	ESTUDANTE	Residência	MASC	Nacionalidade		Naturalidade
Município	CABO	UF	Rg.	9621888	Órg. Exp.	SDS PE
Socorrido	SAMU HOSPITAL DOM HELDER		Município		CABO	
Dados Fornecidos Por	FRANCISCO MAT 32489 CONDUTOR					
Residência					Bairro	
Município	UF	Rg.	Órg. Exp.		CPF	

VÍTIMA - 02

Nome		Natureza dos Ferimentos	Leve	Graves		Mortais
Estado Civil		Idade	Motorista	Passageiro		Pedestre
Profissão		Sexo		Nacionalidade		Naturalidade
Município	Residência				Bairro	
Socorrido	UF	Rg.	Órg. Exp.		CPF	
Dados Fornecidos Por	Município					
Residência					Bairro	
Município	UF	Rg.	Órg. Exp.		CPF	



REGISTRO 00000000000000000000000000000000
 00 PM - MAT. 00000000000000000000000000000000
 BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA

XII – INFRAÇÕES COMETIDAS

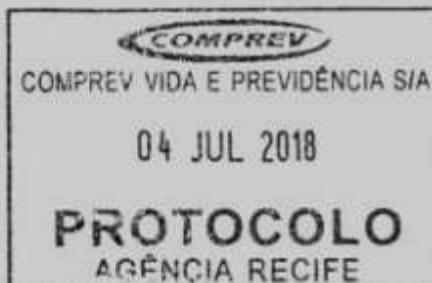
	V.1 / V.2		V.1 / V.2
Dirigir s\CNH (Art. 162 I CTB)		Deixar de Prestar Inform.s) acid. (Art.176VCTB)	
Conduzir Veic. n Lic. (Art. 230 V CTB)		Desob. Ordens do Agente trâns. (Art. 195 CTB)	
Conduzir Veic.s Doc Porte Obrig. (Art. 232 CTB)		Conduzir Veic. C\ Lacre Violado (Art 230 I CTB)	
Dirigir Sob. Influen. Alcool (Art. 165 CTB)		Conduzir Veic. S\ Placa (Art 230 IV CTB)	
Deixar de Prestar Socorro à Vítima (Art 176 I CTB)		Conduzir Veic. C\ Placa Ileg. (Art 230 VI CTB)	
Deixar de Adotar Prov. P\ Evitar Perigo Trâns. (Art. 176 II CTB)		Conduzir Veic. Alter. De Caract. (Art 230 VII CTB)	
Deixar de Preserva Local de Acid. (Art. 176 III CTB)		Conduzir Veic. Defeito Equip. Obrig. (Art 230 IX CTB)	
Deixar de Remover Veic. Qdo Determ. (Art.176 IV CTB)		Outras	

XV – AVARIAS APARENTEIS

VEÍCULO – 01

EM ANEXO

VEÍCULO – 02

EM ANEXO

XVI – DADOS NECESSÁRIOS

1. Reboque Efetuado	Polícia Militar	Particular	Não Efetuado	
2. Comunicado à Delegacia de				Hora
Nome do Recebedor da Ocorrência			Matricula	
XVII – Responsável Pelo BAT	Posto/Grad.	1SGT	Matricula	31650-4 NOME JARBAS
XVIII – Digitador da SSTA	SD PM RENATA CARDOSO		Of. Chefe da SSTA	TEN PM MIGUEL



Confere com o original que
foi apresentado.

Data: 09/01/18

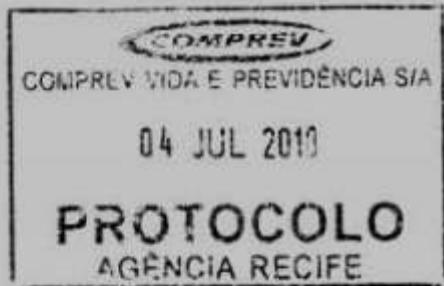
SD. PM. Renata Cardoso

IV - SIMBOLOGIA

Automóvel e Outros Veículos de 04 Rodas		Incêndio -	
Ônibus, Caminhão ou Trator -		Marcha à frente -	
Trem -		Marcha à Ré -	
Veículo de 2 ou 3 Rodas -		Derrapagem -	
Pedestre		Capotamento ou Tombamento -	
Animal -		Local da colisão -	
Objeto Fixo		Depois da Colisão -	

XIII - CROQUI

EM ANEXO



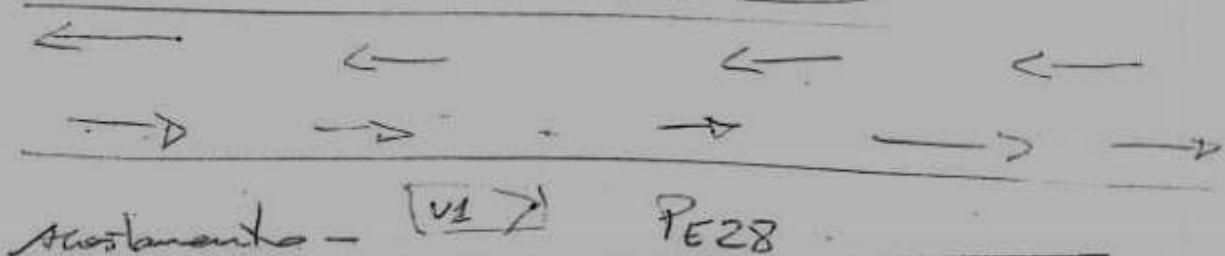
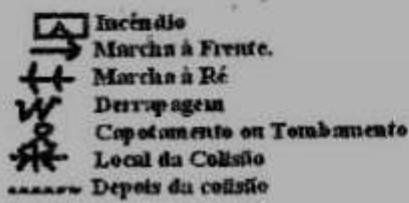
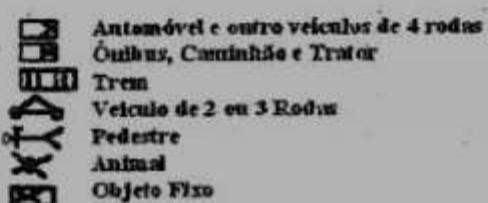
XII - INFRAÇÕES COMETIDAS

Dirigir S/ CNH (Art. 162, I, CTB)
 Conduzir veíc. s/ doc. Port. obrig. (Art. 232 CTB)
 Conduzir veíc. s/ doc. Porte obrig. (Art. 232 CTB)
 Dirigir sob influência alcóol. (Art. 165 CTB)
 Deixar de prestar socorro a vítima (Art. 176, CTB)
 Deixar de adotar prov. p/ evitar perigo irrem. (Art. 176 CTB)
 Deixar de preservar local de acid. (Art. 176 III CTB)
 Deixar de remover veic. Qds Detran (Art. 176 IV CTB)

v1	v2
[]	Deixar de prestar inform. S/ (Art. 176, v. CTB)
[]	Desob. Ordens do Agente Trans. (Art 195 CTB)
[]	Conduzir veic. s/ lacre violado (Art. 230, I CTB)
[]	Conduzir veic. s/ placa (Art. 230 IV. CTB)
[]	Conduzir veic. s/ placa leg. (Art. 230 VI. CTB)
[]	Conduzir veic. Altw. De caract. (Art. 230 VII CTB)
[]	Conduzir veic. Defeito equip. obrig. (Art. 230 IX)
[]	Outras _____

XIII - CROQUIS

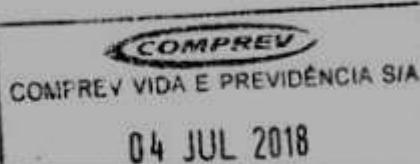
Restaurante
do
Cabeça

XIV - SIMBOLOGIA

CPU 2242

Fut. Pkis WEEKEND
VEÍCULO - 1

- 4 Vários na Bandeira -
- Parau Diretorio Isolado Durante

XV - AVARIAS APARENTEIS

VEÍCULO - 02

- Empoamento das rodas
- avassalamento traseiro

v2 Bicicleta TRACK

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFEXVI - DADOS NECESSÁRIOS

1 - Reboque efetuado: Polícia Militar

Particular

Não efetuado

2 - Comunicado à Delegacia de:

Nome do recebedor da ocorrência:

Hora

Matrícula

XVII - RESPONSÁVEL PELO BAT.

POSTO/GRAD.

MATRÍCULA.

NOME:

10567 PM

31650-4

ASS.: *[Signature]*

XVIII - Datilógrafo SSTA:

Of. Chefe SSTA:



SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTES - (SSTA)



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR (ANEXO AO BAT N° 1211901).

DESCREVA ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE:

JINH2 Transitando na rodovia PE 28 sentido
Cabo de Santo Agostinho quando observei um ciclista
transitando no mesmo sentido virou em avenida em sua
esquerda, visto que é uma via a caí no seu deslocamento e
se chocou com o meu.

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
04 JUL 2018
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Veículo: Fiat Palio Weekend
Nome do Condutor: Wilson Alves da Silva
RG: 28878615 Orgão Expedidor: SSP-Pe CPF: 232 405 578 - PE
Placa do Veículo: CRU 2242 Data: 01/01/18 Hora: 08:30:

Assinatura: Marcos Lopes

Observação:

- 1) O Condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando **dedo** de forma legível;
- 2) O Procedimento ilegível será de responsabilidade do signatário.



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

CPF da Vítima

Data do Acidente

704.069.084-51 01/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email:

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Campo DE SANTO AGOSTINHO de JUNHO de 2018

Local e Data

Djalma Henrique Nogueira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Prefeitura Municipal do Cabo de Santo Agostinho
Secretaria Municipal de Saúde



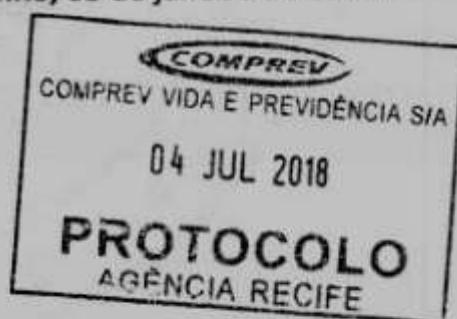
DECLARAÇÃO

Consta em nº de ocorrência **S422922** que o SAMU Cabo de Santo Agostinho foi solicitado para prestar atendimento o Sr. **Alex Henrique Nogueira** CPF: **704.069.084 - 51** RG: **9.621.888 SDS PE**, no dia 01 de janeiro de 2018, às 08h32, na PE - 28 Gaibu , próximo a Loja Ferreira Moto, Cabo de Santo Agostinho, vítima de colisão de carro de passeio com bicicleta.

O mesmo foi atendido no local e posteriormente removido para o Hospital Dom Helder Câmara.

Cabo de Santo Agostinho, 05 de janeiro de 2018.

Atenciosamente,



Fábio Marinho
Coordenador Geral
SAMU 192 CABO
Mat. 43.080
Fábio Marinho
Coord. Geral SAMU 192 Cabo
Mat 43.080

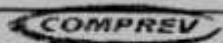
Endereço: Av. Josefa Ana Conceição Itapuama – Cabo de Santo Agostinho
Fone: 3524 – 6099 E-MAILS: samucabo192@yahoo.com.br

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE**Atendimento do Paciente:** 412541**Data e Hora do Atendimento:** 01/01/2018 09:12**Usuário do Atendimento:** SANDRACA**Convênio:** SUS - INTERNACAO**Nome do Paciente:** ALEX HENRIQUE NOGUEIRA**Prontuário:** 33141**Nome da Mãe:** ANA PAULA ALVES DE SOUZA**Nome do Pai:** EDSON HENRIQUE NOGUEIRA**Data do Nascimento:** 23/04/2000**Idade:** 17 **anos** **Sexo:** MASCULINO**Estado Civil:** SOLTEIRO**RG:** 9621888**SDSPE** **Data Emissão:** 14/12/2012**CPF:** 70406908451**Certidão de Nascimento:****Data Emissão:****Naturalidade:** JABOATAO DOS GUARARAPES**Escolaridade:** FUNDAMENTAL 5A A 8A INCOMPLETO**Carteira Nacional SUS:****Ocupação Habitual:** ESTUDANTE**Endereço:** SEGUNDA PARALELA DOUTOR JULI 17**PRAZERES****Idade:** JABOATAO DOS GUARARAPES**PE****CEP:** 54340742**Fone:** 31830000**DADOS DO ATENDIMENTO****Ligem:** SAMU**Médico:** IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA**CRM:** 17726**Especialidade:** ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**Acomodação:** BLOCO CIRURGICO - RPA**Leito:** BL-3 B
10 JAN 2018**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestesias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 01/01/2018

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA**Condicões de Alta:** _____**Diagnóstico:** _____**Procedimento:** _____**Alta em:** 01/01/18**Hora:** 10:00**Médico e C.R.M.:** _____**Responsável pela retirada do paciente - Nome:** _____**Assinatura e R.G.:** _____
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

04 JUL 2013

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

06/01/18


Hospital Dom Helder Camara
Moanna Kalliny
Arquivista
SAME/Faturamento



Atendimento: 412533

Senha da Classificação:

Data e Hora: 01/01/2018 09:01

0010

Paciente: 33141 ALEX HENRIQUE NOGUEIRA

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 23/04/2000 Idade: 17 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe:: ANA PAULA ALVES DE SOUZA Nome do Pai: EDSON HENRIQUE NOGUEIRA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: REINALDO MENDES DE CARVALHO

CRM: 14861

Endereço: SEGUNDA PARALELA DOUTO — JARDIM

17 Bairro: PRAZERES

Cidade/UF: JABOATAO DOS GUARARAPES PE

Usuário Atendimento: MARIANPG

RG (Identidade): 9621888

SDSPE

Data de Emissão: 14/12/2012

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 70406908451

Fone: 85615417

Cartão SUS:

Data de Emissão CRN:

03 JAN 2016

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal:

Urtigo de alergia, ressoar.

ou dor no nariz.

Exame Físico

Mas de ressoar, com coceira.

Respiração com dificuldade.

Dor no nariz.

Enfim - Dor - ressoar.

Hipótese Diagnóstico

Alergia

Conduta Terapêutica

Lidocaine

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

04 JUL 2013

Prescrição Médica

A ortopedia

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Dr. Emanuel Alencar
Carimbo Médico: *Ortopédico Geral*
CRM - 18711

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:
ESTADO DO PACIENTE:

Nome Paciente:	ALEX HENRIQUE NOGUEIRA
Cód. Paciente:	33141
Data de Nascimento:	23/04/2000
Sexo:	Masculino
Idade:	17
Senha:	0010
Convênio:	2 - SUS/SIA AMB/URG
Atendimento:	412533
SAME:	33141

Período: 01/01/2018 09:26 - 01/01/2018 09:26
Acolhida: MARIA ANUNCIADA DA SILVA BATISTA - COREN: 073545 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Localidade: EMERGENCIA - VERMELHO

UF: VERMELHO

Síntese Principal: PACIENTE VEIO COM O SAMU VITIMA DE ATROPELAMENTO, DEU ENTRADA NA AREA VERMELHA, HD DE POLITRAUMA. NEM TER HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA. REFERE TAMBEM NAO TER HAVIDO DESMAIOS, VOMITOSA. VEIO PARA AVALIAÇÃO DO ORTOPEDISTA. APRESENTA DOR EM MIE.

Exame/síntoma:

TRAUMA

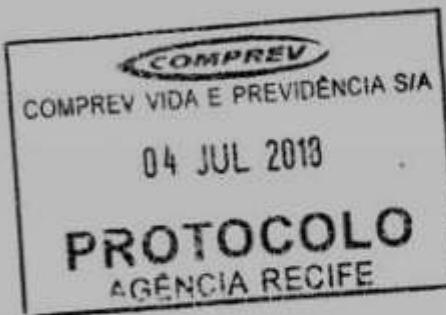
Descrição do(s) sintoma(s):

- DOR INTENSA (8-10/10)
- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE

Specialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DATA: 04/01/2018
HORA: 09:26
COREN: 073545
FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)



Acolhido(a) por: MARIA ANUNCIADA DA SILVA BATISTA - COREN: 073545 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 01/01/2018 09:27

HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001
Data....: 01/01/2018
Hora....: 12:15

o de Cirurgia : 34378
Paciente : 33141
Número Atend. : 1
Leito : 647
Dt. Início : 01/01/2018 12:15

Sala : 0002 SALA 02

ALEX HENRIQUE NOGUEIRA
SUS - INTERNACAO
BL-3 B

Atendimento : 412541
Carteira :
Idade : 17 Anos

Dt. Fim : 01/01/2018 12:16

é-Operatório :
Is-Operatório :

Procedimento: 0401010058 EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

CIRURGIAO

15463 CARLOS ROBERTO PINHEIRO RIHAN

Descrição Cirúrgica :

DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA + ASSEPSIA + ANTISEPSIA + CAMPOS CIRURGICOS
DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS + LAVAGEM COM SF
PONOTOS DE APROXIMACAO + CURATIVO

achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr Carlos R. F. Rihani
Ortopedia-traumatologia
CRM 15.463

DR(A) : CARLOS ROBERTO PINHEIRO RIHAN
CRM : 15463



10 JAN 2018

107

Hora: 15:56 | Data: 12/08/2021 | Log-133 | Name do Cuscineto

Sexo	Cor	Idade	Risco
M		17	
Urgência		<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM

Nome do Anestesista

Nocna do Cruggio

Sociedad Pre-anestésica

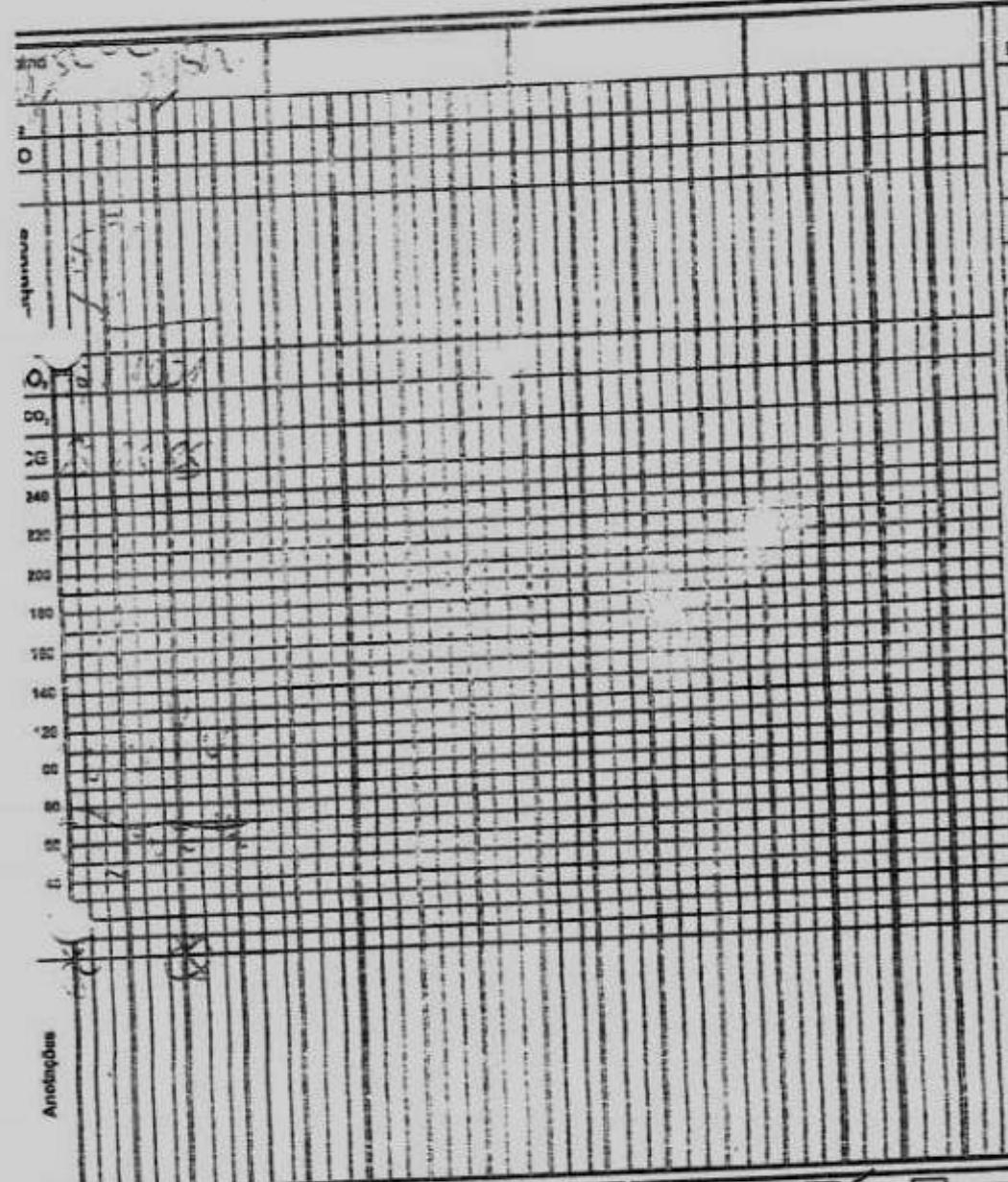
Unifaces

1

1140

53M

ingia is perwank een HTE.



Técnicas Anestésicas

Ranunculus
Lg-ly punge
unicae lf. fr.
longo-pet.
dry
Soil
+
Est.

<input checked="" type="checkbox"/> Monitorização	<input type="checkbox"/> BIS
<input checked="" type="checkbox"/> Cardioscópio	<input type="checkbox"/> Temperatura
<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro	<input type="checkbox"/> Swan-Ganz
<input checked="" type="checkbox"/> PNI	<input type="checkbox"/> Analisador Gases
<input type="checkbox"/> Sonda Vesical	<input type="checkbox"/> PVC
<input type="checkbox"/> Cenógrafo	<input type="checkbox"/> Estimulador de Nervo
<input type="checkbox"/> Estet. Pré-Cordial	<input type="checkbox"/> Linha Arterial
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Volemia (BP Plus)

Encaminhado

- Acordoado
- Encalento
- Intubado

Destino

- SRPA
- Apartamento
- UTI
- Extrema

Intercomunicação:

Descrever:

Observables:

COMPRE VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

04 JUL 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Autorización de Asociación

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: José Henrique NOGUEIRA Data: 01/01/18 Hora: 11:40 Registro: 3810
 Sobrenome: ZILS Letra: — Altura: —
 Convênio: — PA: —

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dra. Sônia Anestesiista: Dra. Daniela Instrumentador: Rafaela
 Auxiliar: — 2º Auxiliar: —

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Intervenção de retenção de urina MIE Início: 11:00 Término: 12:05
 Anestesia: General Início: 11:50 Término: —

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

Estado Geral:	(<input type="checkbox"/>) Bom	(<input checked="" type="checkbox"/>) Regular	(<input type="checkbox"/>) Grava
I de Consciência:	(<input checked="" type="checkbox"/>) Orientado	(<input type="checkbox"/>) Consciente	(<input type="checkbox"/>) Sonolento
Respiração:	(<input checked="" type="checkbox"/>) Espontânea	(<input type="checkbox"/>) Estabilizado	(<input type="checkbox"/>) Trasquelossintetizado
Tricotomia:	(<input type="checkbox"/>) Sim	(<input type="checkbox"/>) Não	(<input type="checkbox"/>) Come

Chegou no CC em uso de:

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

Posição: Fowler (<input type="checkbox"/>) Lateral (<input type="checkbox"/>) Dorsal (<input checked="" type="checkbox"/>) Ventral (<input type="checkbox"/>) Ginecológica (<input type="checkbox"/>)	Laboratório (<input type="checkbox"/>) Radiologia (<input type="checkbox"/>) Peça Cirúrgica: Sim (<input type="checkbox"/>)
Banco de Sangue (<input type="checkbox"/>)	

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso (<input checked="" type="checkbox"/>)	Monitor Cardíaco (<input checked="" type="checkbox"/>)	PMI (<input type="checkbox"/>)	Bomba CEC (<input type="checkbox"/>)	Aspirador (<input type="checkbox"/>)
Colchão Térmico (<input type="checkbox"/>)	Bisturi Ultrassônico (<input type="checkbox"/>)	Artroscópio (<input type="checkbox"/>)	Microscópio (<input type="checkbox"/>)	Capnógrafo (<input type="checkbox"/>)
Bisturi Elétrico (<input type="checkbox"/>)	Local da Placa _____			
Carro de Anestesia (<input type="checkbox"/>)	Difusor (<input type="checkbox"/>)	Intrafleboter (<input type="checkbox"/>)	Nº ()	
Ap. Vídeo (<input type="checkbox"/>)	Bomba de Infusão (<input type="checkbox"/>)			
Oxigênio (<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>) Início _____ Término _____			
Protetido (<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>) Início _____ Término _____			
Gás Carbônico (<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>) Início _____ Término _____			
Outros:				

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Máscara Orotráqueal: Sim (<input type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>)	Punção Venosa: Sim (<input type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>)
ma Vesical de Drenagem: Sim (<input type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>)	Sonda Gástrica: Sim (<input type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>)
Drenagem (Tipo e Local): Sim (<input type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>)	
Curativo (Tipo e Local): Sim (<input type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>)	

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTÉSICA: <u>—</u> CIRURGIA: <u>—</u>	COMPARECERÁ COMPOSIÇÃO VIDA E PREVIDÊNCIA BIA 04 JUL 2019

6 - OBSERVAÇÕES:

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: Acordado (<input checked="" type="checkbox"/>)	Narcose (<input type="checkbox"/>)	Entubado (<input type="checkbox"/>)	Traqueostomia (<input type="checkbox"/>)	Residência (<input type="checkbox"/>)
Encaminhado para: UPA (<input checked="" type="checkbox"/>)	S. Maternidade (<input type="checkbox"/>)	LICOR (<input type="checkbox"/>)	UM (<input type="checkbox"/>) APF (<input type="checkbox"/>)	

Data: 01/01/18 Hora: 12:25 Enfermeira: Rafaela Consulta: —
 Téc. de Enf.: — URG.: — URG.: —

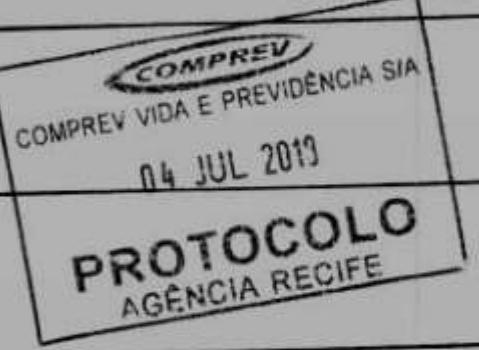
IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: Hélio Henrique Paixão Data: 01/01/12 Registro: 351
Convênio: Será Leito: _____ Hora: 11:20

2. Equipe médica:

Cirurgião: Ricar 1º auxiliar: _____
Anestesista: Dr. Gólio Instrumentador: Eduardo
Circulante: Dr. Gólio

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
██████████	31.12.17 03 ██████████ 29.12.17 02 ██████████	
██████████	HDH CME - PLO ██████████ 31.12.17 01 ██████████ 07.01.181395	
██████████	HDH - CME - ERA ██████████ 30.12.17 01 ██████████ 30.03.181386	
██████████	HDH CME - P. O ██████████ 31.12.17 02 ██████████ 07.01.181419	
██████████	31.12.17 03 ██████████ 29.12.17 02 ██████████ 30.03.181386	
██████████	██████████ ██████████ 31.12.17 01 ██████████ 07.01.181419	
██████████	██████████ ██████████ 31.12.17 01 ██████████ 07.01.181419	
		 <p>COMPREV COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA SIA 04 JUL 2019 PROTÓCOLO AGÊNCIA RECIFE</p>

Adm 35. May 1910
Taco de San Juan
Cuba

MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

CIENTE:	<i>Dr. J. L. de Oliveira</i>			DATA:	07/07/13		
RURGIÃO:	<i>Dr. J. L. de Oliveira</i>			RG:	5210		
ESTESISTA:	<i>Dr. J. L. de Oliveira</i>			AUXILIAR:	<i>Dr. J. L. de Oliveira</i>		
RURGIA:	<i>Extrato de vesícula fígado</i>			ANESTESIA:	<i>Regional USD</i>		
TRUMENTADOR:	<i>Dr. J. L. de Oliveira</i>			COORDENAÇÃO DO BLOCO:	<i>Dr. J. L. de Oliveira</i>		
REGULANTE:	<i>Dr. J. L. de Oliveira</i>			COREN:			
FERMEIRA:	<i>Dr. J. L. de Oliveira</i>			HORARIO INICIAL:	07:20		
				HORARIO FINAL:	12:30		
				DESCRÍÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
				DESCRÍÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
				BRINHOS			
13X4,5	25X7	25X8	40X12	KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
RDIOPLEGICA	STIMPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27	KHER 18	SUCCAO 3,2	SUCCAO 4,5	SUCCAO 5,4
				BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 25
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM	TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36
ESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM					
				SONDAS			
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5	ENTERAL 10	ENTERAL 12		
RAQUEOST 9,0				ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ. 2,0	ENDOTRAQ. 2,5	ENDOTRAQ. 3,0
				ENDOTRAQ. 3,5	ENDOTRAQ. 4,5	ENDOTRAQ. 4,5	ENDOTRAQ. 5,0
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16	ENDOTRAQ. 5,5	ENDOTRAQ. 6,0	ENDOTRAQ. 6,5	ENDOTRAQ. 7,0
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18	ENDOTRAQ. 7,5	ENDOTRAQ. 8,0	ENDOTRAQ. 8,5	ENDOTRAQ. 9,0
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24		FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400	FOLEY 2VIAS 06	FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12
				FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20
				NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASC 16
				NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4
				URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
				URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20
				FIOS CIRÚRGICOS			
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX	ALGODÃO 8	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDIACA
BOMBA	BOMBA FOTO	PISANGUE	PISORO MACRO	CROMADO 8	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
				CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
EXTENSORES	20CM	40CM	50CM	SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
20CM	40CM	50CM	120CM	NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
				NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
LAMINAS	JRI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20	POLIESTER 4-0	PROLENE 5	PROLENE 6
BISTURI 22		BISTURI 24	DERMATOMO 6	PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	
				VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
LUVAS	LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	VICRYL 4-0	CERA PISSO	MARCAPASSO	VALVEKIT
LUVA 8,5				SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
				SEDA 5-0	ACO 1	ACO 4	ACO 5
				COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A			
				04 JUL 2013			
				PROTOCOLO			
				AGÊNCIA RECIFE			

Adriana
Tec.
Cof.
2013

CÓD. 3840

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA



Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara
IMIP Hospitalar
CNPJ: 09.039.744/0008-60

Fundação Professor Martiniano Fernandes
IMP HOSPITALAR
CNPJ: 09.039.744/0001-94

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 33141

Atendimento: 412541

Dt.Cad: 9/5/2012

Nome: ALEX HENRIQUE NOGUEIRA

Dt. Nasc: 23/4/2000

Mãe: ANA PAULA ALVES DE SOUZA

Bairro: PRAZERES

End.: SEGUNDA PARALELA DOUTOR JULIO MARANHAO

Cidade: JABOTACAO DOS GUARARAPES

Enferm.: BL-3 B

Leito: 647

CNS: 702807163835969

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Confirmação sobre o paciente

- Identificação do paciente
- Local da cirurgia a ser feita
- Procedimento a ser realizado
- Consentimento informado realizado

Há risco de via áerea difícil / broncoaspiração?

Não

Sim e há equipamento disponível

Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica

Checagem do equipamento anestésico

Oxímetro de pulso instalado e funcionando

Há risco de perda sanguínea > 500ml (7mL/kg em crianças)?

Não

Sim e há equipamento disponível

O paciente tem alguma alergia?

Não

Sim _____

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

Sim

Não se aplica

O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam

- Identificação do paciente
- Local da cirurgia a ser feita
- Procedimento a ser realizado

Exames de imagem estão disponíveis?

Sim

Não se aplica

Antecipação de eventos críticos:

Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? **Não**

Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? **±1h, Não**

Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente? **Não**

Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? **Sim**

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

04 JUL 2013

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

Nome do procedimento realizado **Sutura Extinto Ferimento Penha**

A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta(ou não se aplica) **Sim**

Biópsias estão identificadas com o nome do paciente **N/A**

Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido **N/A**

O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente **Sim**

Refess Henrique
Enfermeira
COFFEE 07/11/17

Nome: Alex Henrique Macêdo | Registro: 33141 | Leito:

Procedimento Cirúrgico: PDI SUTURA TOXOFENAD | Data: 01/01/18 | Hora:

DIAGNÓSTICO FUNDAMENTO | INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

HORÁRIOS

Pennav (E)

1. Ansiedade

- () Encorajar verbalização dos sentimentos e medos
- () Proporcionar apoio emocional
- () Dar informação ao paciente e familiares
- () Outros

2. Ventilação prejudicada (✓)

- () Manter decúbito elevado
- () Aspirar vias aéreas superiores de ___ / ___ h
- () Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz
- () Manter o paciente em posição de Fowler
- (✓) Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR
- (✓) Instalar (✓) manter (✓) Anotar oximetria de pulso
- () Outros

3. Padrão de eliminação urinária

() Diminuído () Aumentado

- () Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ___ / ___ h
- () Estimular eliminação por meios físicos (ligar tormeira, compressas frias no abdômen).
- () Colocar o paciente em posição de Fowler
- () Orientar o aumento da ingestão hídrica
- () Registrar-se: () Dor ao urinar () Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea
- () Outros

4. Dor (✓)

Local:

() Leve () Moderada () Severa

- (✓) Verificar qual posição adequada do paciente no pós-anestésico
- (✓) Avaliar a localização e a intensidade da dor
- (✓) Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação
- (✓) Identificar fatores desencadeantes da dor
- (✓) Registrar características e intensidade da dor
- () Outros

5. Integridade tissular prejudicada (✓)

- (✓) Descrever características da lesão
- (✓) Realizar curativo de ___ / ___ h
- () Realizar mudança de decúbito de ___ / ___ h
- () Medir decúbito de dreno de ___ / ___ h
- () Manter curativo oclusivo por ___ h
- () Outros

6. Sangramento ()

Local:

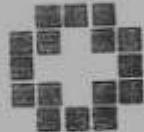
() Leve () Moderado () Severo

- () Aferir pressão arterial de ___ / ___ h
- () Manter decúbito: _____
- () Realizar curativo compressivo
- () Outros

7. Imobilidade no leito prejudicada ()

- () Pinçar dreno ao transportar paciente
- () Avaliar mobilização do dreno (Tracionado)
- () Manter repouso no leito em posição:
- () Outros

COMPLEXO VIDA E PREVIDÊNCIA SIA
04 JUL 2013
PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA

403-02



GESTÃO

IMIP

HOSPITALAR

Leito da SRPA: 04

1. Identificação

Nome: Alex Henrique Nogueira data: 01/01/18 Hora: 11:30 Registro: 33140
Leito de origem:

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Sutura de fêmur ferimento MIE
Tipo de anestesia: Raqui
Equipe: Dra. Divan Anestesista: Dra. Danielle

3. Admissão

Estado geral: () Bom () Regular () Torporoso () Grave
Respiração: () Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () SVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não () Sim Onde: MSD
Acesso Venoso Central: () Não () Sim Onde: _____
Drenos: () não () sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 107x68 mmHg FR: _____ p/min FC: 58 p/min SaPO2: 99%
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	107x59	108x53	102x56	104x75	105x65	
FR	-	-	-	-	-	
FC	56	55	55	57	60	
SaPO2	99%	99%	99%	98%	100%	
Glasgow	-	-	-	-	-	

5. Intercorrências/observações:

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA SIA
04 JUL 2010

PROTOCOLO
AGENCIAS RECIFE

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: _____ FC: _____ FR: _____ SaPO2: _____ Glasgow: _____

Destino: () Enfermaria, UTI () Emergência () Ambulatorio () Residência

Data: 11/07/18 Horário: 12:12 Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico: _____

José da Silva
04/07/2018

EVOLUÇÃO CLÍNICA

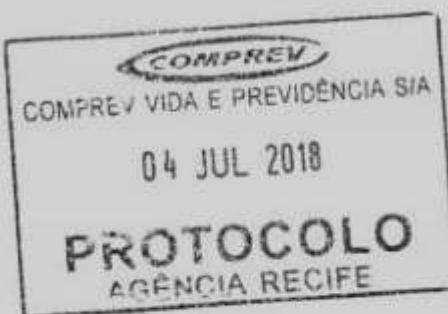
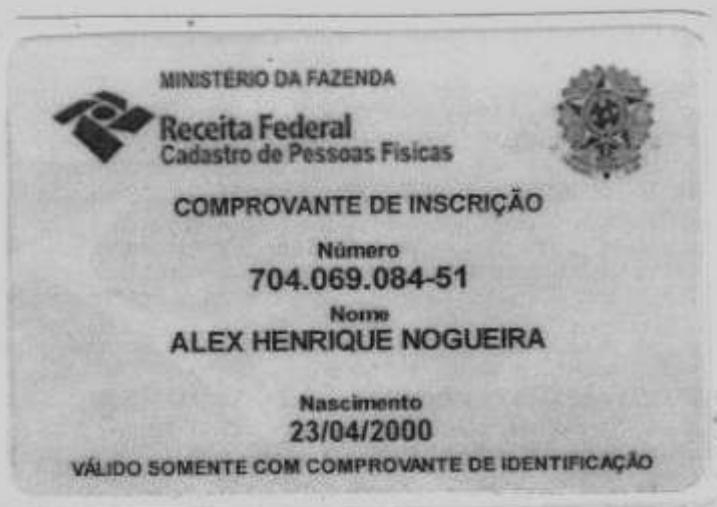
Name: Alex Henrique Nogueira Registro: 33341

Clinica: _____ Enfermaria: 403 Leito: 2

Data/Hora	#Serviço Social#
09/01/18	<p>Realizado atendimento social a genitora de adolescente. Frisadas orientações pos-alta quanto asseguras DPVAT e entregue encaminhamento para o PSF (Posto de Saúde da família)</p> <p>OAB:</p> <p>HDI-Hospital Benedito Camara Cibele Maria da Silva Ferreira Assistente Social CHESSE/PE 10193</p>
	<p>COMPREVIDA E PREVIDÊNCIA SA 08 JUL 2018 PROTOCOLO AGÊNCIA RECIFE</p>

(ALEXANDRE) TALIA EXTRATO





Responder a todos | Excluir Lixo eletrônico | ...

RES: Cancelamento - Inconsistência de Campos chave



GD_PENDENCIAS_DPVAT_RS <pendencias.dpvatrs@sabemi.com.br>

Responder a todos |

sáb 28/07, 09:39

Daniela Fidelis; Milene Steffens <milene.steffens@sabemi.com.br>; mais 2

Caixa de Entrada

Bom dia!

Prezada,

Informo que a data do sinistro esta incorreta, conforme BO data correta 01/01/2018

Att.

De: Daniela Fidelis [mailto:dpvat@comprev.com.br]

Enviada em: quarta-feira, 25 de julho de 2018 10:41

Para: Milene Steffens; GD_PENDENCIAS_DPVAT_RS

Cc: grecife

Assunto: Enc: Cancelamento - Inconsistência de Campos chave

)Prezados,

Aguardamos retorno.

Atenciosamente,



Daniela Fidelis

DPVAT

Tel.: (21) 2505-2090 Fax: (21) 2505-2070
dpvat@comprev.com.br

De: assistadm REC

Enviado: quarta-feira, 25 de julho de 2018 08:58

Para: gdpvat

Cc: grecife

Assunto: Cancelamento - Inconsistência de Campos chave

Bom dia,

O seguinte processo está com status de cancelado, porem não identificamos o motivo do cancelamento, favor solicitar o motivo do cancelamento a seguradora responsavel para que possamos realizar o recadastro do processo. Segue os dados do processo:

sinistro : 3180306369

Vitima: ALEX HENRIQUE NOGUEIRA

CPF: 704.069.084-51

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180349049 **Cidade:** Cabo de Santo Agostinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEX HENRIQUE NOGUEIRA **Data do acidente:** 01/01/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (SUTURA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO QUALIFICA E NÃO QUANTIFICA PERDAS FUNCIONAIS PELO TRAUMA, FICANDO, PORTANTO, NÃO COMPROVADA A PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00