

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**

Carta nº 13170139



---

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](http://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



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	Nome completo da vítima
	704.069.084-51	ALEX HENRIQUE NOGUEIRA

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
ALEX HENRIQUE NOGUEIRA		704.069.084-51		ESTUDANTE	
Endereço		Número	Complemento		
RUA SETOR 3		30	CASA		
Bairro	Cidade	Estado	CEP		
ENSEADA DOS CORAIS	CABO	PE	54500-001		
Email				Telefone (DDD)	
				8198770-1979	

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.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☒ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
3015		43055	4
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO		NRO.	
Nome			
AGÊNCIA 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

Alex Henrique Nogueira

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: 15801004

CONTROLE: 158010040043

COMPROVANTE DE  
TRANSFERÊNCIA DE VALORES

REMETENTE

CGC/AGÊNCIA : 2346 / BOA VIAGEM

CONTA : 013.00037850-9

NOME : BRUNA CRISTINA DO NASCIMENTO SAN

FAVORECIDO

CGC/AGÊNCIA : 3015 / PRAZERES

CONTA : 013.00043055-4

NOME : ALEX HENRIQUE NOGUEIRA

VALOR : 5,00

DATA DE EFETIVAÇÃO : 04/07/2018

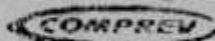
DEBITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISAO  
DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30  
MINUTOS.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)



COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

04 JUL 2018

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

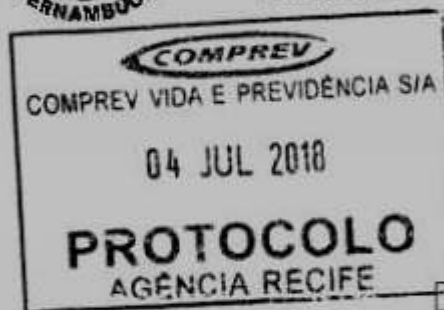


DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM  
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO  
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA  
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTE

Nº / ANO  
J-21/18



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



I - LOCAL E DATA

COM ANEXO ☒ 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 - TIPO DE ACIDENTE

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

III - CONSEQUÊNCIA

SEM VITIMA		COM VITIMA	X	MORTOS		FERIDOS	
Nº/VEÍC. 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	Manhã	X	S/Defeito
Cruzamento		Molhada		Chuva		Tarde		C/Defeito
Outros		Enlameada		Neblina		Noite		Desligado
		Olhada		Garoa		Madrugada		N/Existe

V - CONTROLE DO TRÁFEGO

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

VI - CONDIÇÕES DOS CONDUTORES

EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA - V1/V2		COMPORTAMENTO - V1/V2	
Realizado no Local		Permaneceu no local	X
Enc. Para Exame		Socorrido	X
Não foi Realizado		Evadiu-se	

VII - DANOS A PROPRIEDADE DE TERCEIROS

Proprietário		Tomou Conhecimento	
Natureza das Avarias			

## VIII - VEÍCULOS

QUANTO À TRACÇÃO - 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		Apreendido			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		Apreendido				Liberado		Evadiu – se	
Proprietário									
Residência							Bairro		
Município		Rg.		Org. Exp.		CPF			
Condutor									
Residência							Bairro		
Município		Rg.		Org. Exp.		CPF			
CNH/Pront./ N°		Categoria				Validade		Hora/Dir.	

#### TESTEMUNHA - 01

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

#### TESTEMUNHA - 02

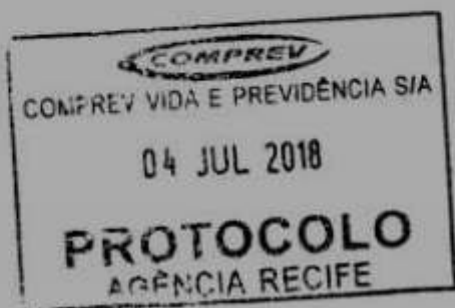
Nome				Idade		Sexo		Profissão	
Residência				Bairro					
Município		U.F.		Rg.		Org. Exp.		CPF	

#### VÍTIMA - 01

VÍTIMA – 01			Natureza dos Ferimentos			Leve		Graves		X		Mortais				
Nome		ALEX HENRIQUE NOGUEIRA						Motorista		Passageiro		Pedestre		X		
Estado Civil		SOLTEIRO		Idade		17		Sexo		MASC		Nacionalidade		Naturalidade		
Profissão		ESTUDANTE		Residência		SETOR 03 ENSEADA DOS CORAIS						Bairro				
Município		CABO		UF		Rg.		9621888		Org.Exp.		SDS PE		CPF		
Socorrido		SAMU HOSPITAL DOM HELDER								Município		CABO				
Dados Fornecidos Por			FRANCISCO MAT 32489 CONDUTOR													
Residência													Bairro			
Município			UF		Rg.				Org.Exp.				CPF			

#### VÍTIMA - 02

VÍTIMA – 02				Natureza dos Ferimentos			Leve		Graves		Mortais				
Nome							Motorista		Passageiro				Pedestre		
Estado Civil				Idade				Sexo		Nacionalidade			Naturalidade		
Profissão				Residência							Bairro				
Município				UF		Rg.				Org.Exp.				CPF	
Socorrido										Município					
Dados Fornecidos Por															
Residência												Bairro			
Município				UF		Rg.				Org.Exp.				CPF	





**XII – INFRACÕES COMETIDAS**

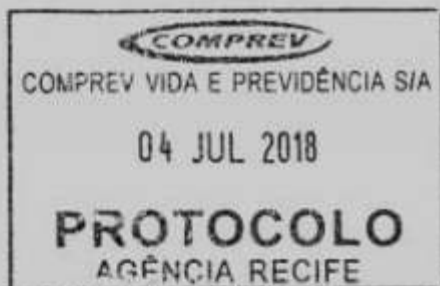
	V.1 / V.2	V.1 / V.2
Dirigir s/CNH ( Art. 162, I CTB )		Deixar de Prestar Inform.s/ acid. ( Art. 176 V CTB )
Conduzir Veic. ã Lic. ( Art. 230 V CTB )		Desob. Ordens do Agente trãns. ( Art. 195 CTB )
Conduzir Veic.s/ Doc. Porte Obrig. ( Art. 232 CTB )		Conduzir Veic. C/ Lacre Violado ( Art. 230 I CTB )
Dirigir Sob. Influen. Alcool ( Art. 165 CTB )		Conduzir Veic. S/ Placa ( Art. 230 IV CTB )
Deixar de Prestar Socorro à Vitima ( Art. 176 I CTB )		Conduzir Veic. C/ Placa Ileg. ( Art. 230 VI CTB )
Deixar de Adotar Prov. P/ Evitar Perigo Trãns. ( 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 APARENTES**

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.	1 SGT	Matricula	31650-4	NOME	JARBAS
XVIII – Digitador da SSTA	SD PM RENATA CARDOSO			Of. Chefe da SSTA	TEN PM MIGUEL	







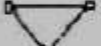

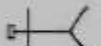







Confere com o original que  
foi apresentado.

Data: 09.7.01 / 18

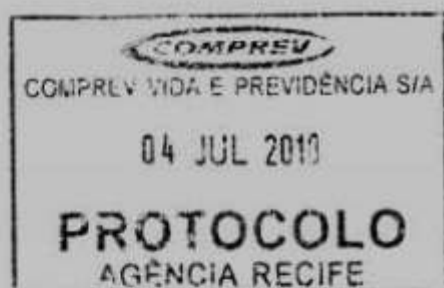
SD PM. Renata Cardoso

#### 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



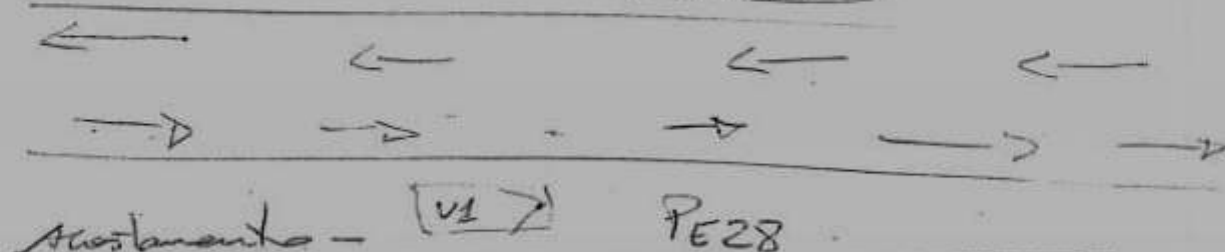


**XII - INFRAÇÕES COMETIDAS**

Dirigir s/ CNH (Art. 162, I, CTB)	v1	Deixar de prestar inform. s/ (Art. 176, v. CTB)
Conduzir veíc. s/ doc. Port obrig (Art. 232 CTB)	v2	Descob. Ordem do Agente Trans (Art. 195 CTB)
Conduzir veíc. s/ doc. Porte obrig (Art. 232 CTB)		Conduzir veíc. s/ placa violada (Art. 230, I CTB)
Dirigir sob influência álcool. (Art. 165 CTB)		Conduzir veíc. s/ placa (Art. 230, IV, CTB)
Deixar de prestar socorro a vítima (Art. 176, CTB)		Conduzir veíc. s/ placa ileg. (Art. 230, VI, CTB)
Deixar de adotar prov. p/ evitar perigo trans. (Art. 176, CTB)		Conduzir veíc. Alw. De caract. (Art. 230, VII, CTB)
Deixar de preservar local de acíd. (Art. 176, III, CTB)		Conduzir veíc. Defeito equip. obrig (Art. 230, IX)
Deixar de remover veíc. Qdo Danado (Art. 176, IV, CTB)		Outras

**XIII - CROQUI**

Restaurante  
do  
Cabeço



**XIV - SIMBOLOGIA**

	Automóvel e outros veículos de 4 rodas		Incêndio
	Ônibus, Caminhão e 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

CPU 2242

**XV - AVARIAS APARENTES**

Fort. Pêlo WEEKEND  
VEÍCULO - 1

- 4 Vias na Bandeira -
- Pneu Dianteiro Logo Durito

VEÍCULO - 02

v2 Bicicleta TRACK

- Empenamento da quadra
- Amassamento Junta Transversal

**COMPREV**  
CONFREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
04 JUL 2018

**PROTOCOLO**  
AGÊNCIA RECIFE

**XVI - DADOS NECESSÁRIOS**

1 - Reboque efetuado: Polícia Militar Particular Não efetuado

2 - Comunicado à Delegacia de: Hora:  
Nome do receptor da ocorrência: Matrícula:



XVII - RESPONSÁVEL PELO BAT.	POSTO/GRAD.	MATRÍCULA.	NOME:
	1º SGT PM	31650-4	ASS.:

XVIII - Datilógrafo SSTA: Of. Chefe SSTA:



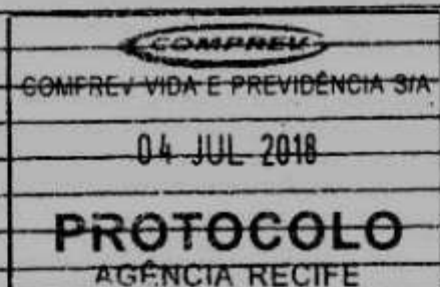
## SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTES - (SSTA)



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR (ANEXO AO BAT N° 12-21/2018)

DESCREVA ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE:

Vinicius Travassoso na Rodovia PE 28 sentido  
Cabo da Santo Agostinho, quando observou um ciclista  
transitando no mesmo sentido vindo de Acolha em sua  
trajetória, onde o mesmo veio a cair de sua bicicleta e  
se machucou na cabeça.



\*\*\*\*\*

Veículo: Fiat Palio Weekend

Nome do Condutor: Marcelo Alves de Faria

RG: 28878615

Órgão Expedidor: SSP-PE CPF: 282405598 - 21

Placa do Veículo: CPU 2242

Data: 01/01/18 Hora: 08:50:

Assinatura:

*Marcelo Alves de Faria*

### Observação:

- 1) O Condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando de letra 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

ALEX HENRIQUE NOGUEIRA

CPF da Vítima

704.069.084-51

Data do Acidente

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 SANT. AGOSTINHO 26 de JUNHO de 2018

Local e Data

Alex Henrique Nogueira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Prefeitura Municipal do Cabo de Santo Agostinho  
Secretaria Municipal de Saúde



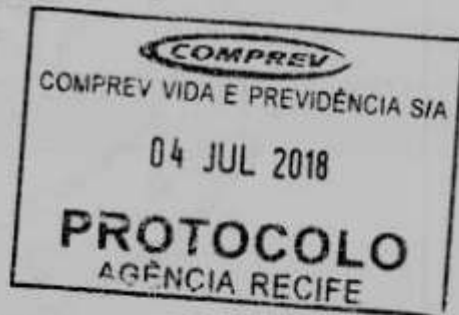
## DECLARAÇÃO

Consta em nº de ocorrência **5422922** 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,



SAMU  
192

Fábio Marinho  
Coordenador Geral

SAMU CABO  
Mat. 43080

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

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1361350466

## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

## COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

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



www.celpe.com.br

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

COMERCIAL 0800 0810120 PRONTIDÃO 0800 0810196

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados

do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0267-

Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-

Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada

na origem para telefones celulares

## DADOS DO CLIENTE

MARIA JOSE MESQUITA-PX FERRO  
VELHO DE ISMAEL

## DATA DE VENCIMENTO

27/06/2018

## DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

20/06/2018

## DATA DA APRESENTAÇÃO

20/06/2018

## NÚMERO DA NOTA FISCAL

021156821

## CONTA CONTRATO

4011806258

## CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL  
Monofásico  
B1

## ENDEREÇO

PX FERRO VELHO DE ISMAEL -RUA  
SETOR 3 30 -ENSEADA DOS  
CORAIS/GAIBU -54500-001 CABO DE  
SANTO AGOSTINHO PE -

## TOTAL A PAGAR

R\$ 129,74

## PERÍODO CONSUMO

21/05/2018 a 20/06/2018

## CONSUMO

102

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 27,62

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

## CONTA CONTRATO

4011806258

## MÊS/ANO

06/2018

## TOTAL A PAGAR

R\$ 129,74

## VENCIMENTO

27/06/2018

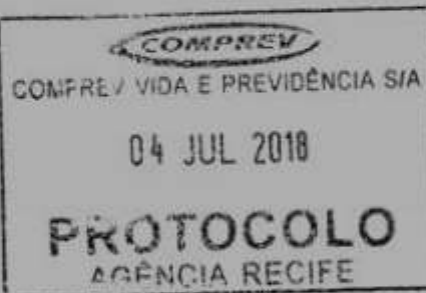
## TALÃO DE PAGAMENTO

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

838800000011 297400110046 011806258107 135989780030



## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





**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

Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES

PE

CEP: 54340742

Fone: 31830000

**DADOS DO ATENDIMENTO**

Origem: SAMU

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: BLOCO CIRURGICO - RPA

Leito: BL-3 B

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésias, 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**

Condições 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

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

04 JUL 2018

**PROTOCOLO**  
**AGÊNCIA RECIFE**

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA  
Moanna Kalliny  
Arquivista  
SAHE/Faturamento

06/01/18

Atendimento: 412533

Senha da Classificação:

0010

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

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 GUARARAPE PE

Usuário Atendimento: MARIANPG

RG (Identidade): 9621888

SDSPE

Data de Emissão: 14/12/2012

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 70406908451

Fone: 85615417

artão SUS:

Data de Emissão CRN:

03 JAN 2018

### RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Queixa Principal

*Dores de articulação, nos joelhos e mãos*

Exame Físico

*Boa pele, mucosas, e coloração normal. Membros superiores e inferiores. Coração e pulmões normais. Abdome normal - sem dor.*

Hipótese Diagnóstico

*Reumatismo*

Conduta Terapêutica

*Ki de Trans*

Prescrição Médica

*A ortopedico*

COMPREV  
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
04 JUL 2013  
PROTOCOLO  
AGÊNCIA RECIFE

*Emanuel Alencar*  
Carimbo Médico  
CRM - 18711

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO 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

riodo: 01/01/2018 09:26 - 01/01/2018 09:26

ARIA ANUNCIADA DA SILVA BATISTA - COREN: 073545 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

ioridade:

EMERGENCIA - VERMELHO

Ar:

VERMELHO

aixa 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.

xograma sintoma:

TRAUMA

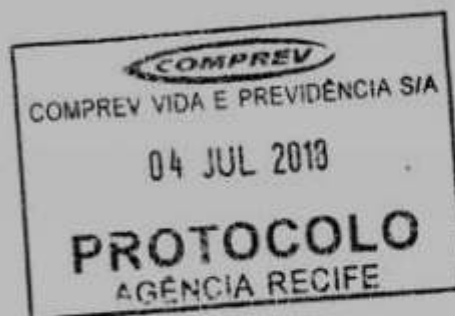
iscriminador(es):

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

specialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

MAIO 1 de 2018 09:26  
ENFERMEIRO(A)  
COREN - PE 073545



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

Data Impressão: 01/01/2018 09:27

o de Cirurgia : 34378

Paciente : 33141

Convênio Atend. : 1

Leito : 647

Dt. Início : 01/01/2018 12:15

6-Operatório :

5-Operatório :

Sala : 0002

SALA 02

ALEX HENRIQUE NOGUEIRA

SUS - INTERNACAO

BL-3 B

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

Atendimento : 412541

Carteira :

Idade : 17 Anos

Procedimento: 0401010058

Convênio: 001

Anestesia: 05

EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA (PRINCIPAL

SUS - INTERNACAO

RAQUI ANESTESIA

URGIAO

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. Rihan  
Ortopedia-traumatologia  
CRM 15.463

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



10 JAN 2018





GOVERNO DO ESTADO  
**Pernambuco**  
ANTOS, FAZENDOS NUS

**HOSPITAL**  
**DOM HELDER CÂMARA**

**IMLIP**  
HOSPITALAR

**GERÊNCIA DE ENFERMAGEM**  
**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO**

**1 - IDENTIFICAÇÃO:**

Nome: Jose Henrique Nozine Data: 01/07/18 Hora: 11:40 Registro: 3810  
Convênio: 205 Leito: 205 Pac: 205 Altura: 1,70

**2 - EQUIPE MÉDICA:**

Cirurgião: Dr. Rihan Anestesiologista: Dr. Daniel Instrumentador: Rafaela  
Auxiliar: 2º Auxiliar

**3 - DADOS DA CIRURGIA:**

Cirurgia: Intervenção cirúrgica torácica MTE Início: 12:00 Término: 12:45  
Anestesia: Bongare Início: 11:50 Término: 12:45

**4 - PRÉ-OPERATÓRIO:**

Estado Geral: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Grave ( ) Coma  
de Consciência: ( ) Orientado ( ) Consciente ( ) Sonolento ( ) Coma  
Respiração: ( ) Espontânea ( ) Entubado ( ) Traqueostomizado  
Tricotomia: ( ) Sim ( ) Não  
Chegou no CC em uso de: \_\_\_\_\_

**5 - TRANS-OPERATÓRIO:**

Posição: Fowler ( ) Lateral ( ) Dorsal ( ) Ventral ( ) Ginecológica ( )  
Banco de Sangue ( ) Laboratório ( ) Radiologia ( ) Peça Cirúrgica: Sim ( )

**5.1 - EQUIPAMENTOS:**

Oxímetro de Pulso ( ) Monitor Cardíaco ( ) PNI ( ) Bomba CEC ( ) Aspirador ( )  
Colchão Térmico ( ) Eletrodo Ultrassônico ( ) Artroscópio ( ) Microscópio ( ) Capnógrafo ( )  
Eletrodo Elétrico ( ) Local de Placa ( ) Intensificador ( )  
Carro de Anestesia ( ) Difusor ( )  
Ap. Vídeo ( ) Bomba de Infusão ( )  
Origem ( ) Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_  
Protetor ( ) Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_  
Gás Carbônico ( ) Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_  
Outros: \_\_\_\_\_

**5.1 - PROCEDIMENTOS:**

Pinça Orotraqueal: Sim ( ) Não ( )  
Pinça Vesical de Demarc: Sim ( ) Não ( )  
Drenagem (Tipo e Local): Sim ( ) Não ( )  
Curativo (Tipo e Local): Sim ( ) Não ( )  
Punção Venosa: Sim ( ) Não ( )  
Sonda Gástrica: Sim ( ) Não ( )

**5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:**

ANESTESIA: Intervenção cirúrgica CIRURGIA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6 - OBSERVAÇÕES:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO**

Paciente: Acordado ( ) Marcado ( ) Traqueostomizado ( )  
Encaminhado para: CCNA ( ) S. Intensiva ( ) LICOR ( ) UTI ( ) Ap ( ) Residência ( )  
Data: 01/07/18 Hora: 12:45 Enfermeira: Rafaela Circulante: Téc. de S. 112

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

04 JUL 2018

**PROTOCOLO**  
AGÊNCIA RECIFE

**IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL**

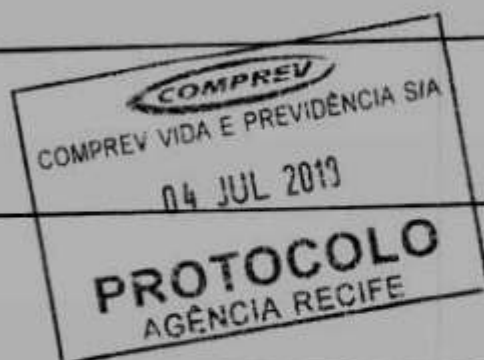
**1. Identificação**

Nome: Henrique Magalhães Data: 01/01/18 Registro: 33.131  
Convênio: Susat Leito: \_\_\_\_\_ Hora: 10:30

**2. Equipe médica:**

Cirurgião: Ribeiro 1º auxiliar: \_\_\_\_\_  
Anestesista: \_\_\_\_\_ Instrumentador: Rafaela  
Circulante: \_\_\_\_\_

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
<u>Escalpo</u>	<u>HDH CHE - PLO</u> <u>31.12.17 12</u> <u>07.01.181395</u>	
<u>Pinça de Mosquito</u>	<u>HDH CHE - PLO</u> <u>31.12.17 01</u> <u>07.01.181395</u>	
<u>Pinça de Curlet</u>	<u>HDH CHE - ERA</u> <u>31.12.17 01</u> <u>30.03.181386</u>	
<u>Pinça de Curlet</u>	<u>HDH CHE - P. 0</u> <u>31.12.17 02</u> <u>07.01.181419</u>	
<u>Pinça de Curlet</u>	<u>HDH CHE - PLO</u> <u>31.12.17 02</u> <u>07.01.181419</u>	
<u>Pinça de Curlet</u>	<u>HDH CHE - PLO</u> <u>31.12.17 01</u> <u>07.01.181419</u>	
<u>Pinça de Curlet</u>	<u>HDH CHE - PLO</u> <u>31.12.17 01</u> <u>07.01.181419</u>	
<u>Pinça de Curlet</u>	<u>HDH CHE - PLO</u> <u>31.12.17 01</u> <u>07.01.181419</u>	





## MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

CIENTE:		DATA:	
CIRURGIÃO:		RG:	
ANESTESISTA:		AUXILIAR:	
CIRURGIÃO:		ANESTESIA:	
COORDENADOR DO BLOCO:		COREN:	
HÓRARIO INICIAL:		HÓRARIO FINAL:	

## DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

## DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

AGULHAS			
13X4,5	25X7	25X8	40X12
RADIOPLÉGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27
ATADURAS			
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
RESSADA 10CM	RESSADA 15CM	RESSADA 20CM	
CANULAS			
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
TRAQUEOST 9,0			
CATETER			
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLÁVIA 16
EPIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	
LIMPADORES			
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400
CURATIVOS			
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX
EQUIPOS			
BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SORO MACRO
EXTENSORES			
20CM	40CM	50CM	120CM
LAMINAS			
JRI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6	
LUVAS			
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5
SERINGAS			
1ML	3ML	5ML	10ML
20ML	60ML	60ML CATETER	
AVENTAL CIRUR.	B5. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/ VIDEO
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXÃO 2VIAS	CONEXÃO 4VIAS
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GAZES	GELFOAM
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO

DRENOS			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCCÃO 3,2	SUCCÃO 4,8	SUCCÃO 5,4
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 25
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36
SONDAS			
ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ. 2,0	ENDOTRAQ. 2,5	ENDOTRAQ. 3,0
ENDOTRAQ. 3,5	ENDOTRAQ. 4,0	ENDOTRAQ. 4,5	ENDOTRAQ. 5,0
ENDOTRAQ. 5,5	ENDOTRAQ. 6,0	ENDOTRAQ. 6,5	ENDOTRAQ. 7,0
ENDOTRAQ. 7,5	ENDOTRAQ. 8,0	ENDOTRAQ. 8,5	ENDOTRAQ. 9,0
FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
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	NASO 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			
ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDIACA
CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 2
PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	CERA FIOSSO	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
ACO 1	ACO 4	ACO 5	

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

04 JUL 2013

PROTOCOLO  
AGÊNCIA RECIFE

Adriano  
Téc. de  
COP. 201

CÓD. 3840



# HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

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

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

## CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 33141

Nome: ALEX HENRIQUE NOGUEIRA

Mãe: ANA PAULA ALVES DE SOUZA

End.: SEGUNDA PARALELA DOUTOR JULIO MARANHÃO

Enferm.: BL-3 B

Atendimento: 412541

Leito: 647

Dt. Cad: 9/5/2012

Dt. Nasc: 23/4/2000

Bairro: PRAZERES

Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES

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

- ☒ Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
- ☒ Checagem do equipamento anestésico
- ☒ Oxímetro de pulso instalado e funcionando

O paciente tem alguma alergia?

☐ Não

☐ Sim

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

☒ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

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

☒ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

## ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- ☐ Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
- ☐ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam
  - Identificação do paciente
  - Local da cirurgia a ser feita
  - Procedimento a ser realizado

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**

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

☒ Sim

☐ Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

☒ Sim

☐ Não se aplica

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

04 JUL 2013

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

## ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

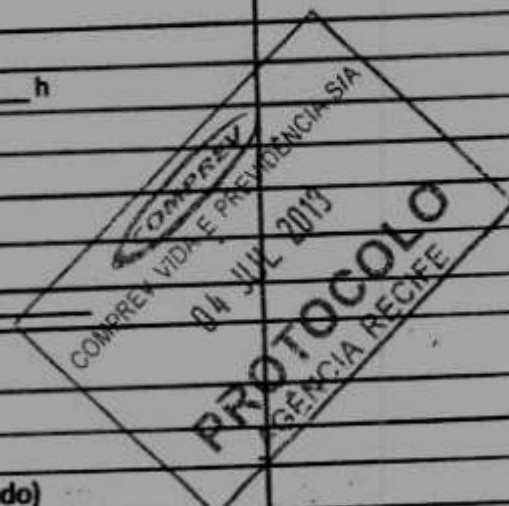
A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

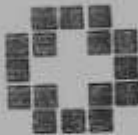
- ☐ Nome do procedimento realizado **Sutura Extensa Ferimento Perna (E)**
- ☐ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica) **sim**
- ☐ Biópsias estão identificadas com o nome do paciente **N/A**
- ☐ Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido **NÃO**
- ☐ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente **sim**

*Rafaela Henrique*  
Enfermeira  
CPF: 014.197



Nome: <u>Alex Henrique Macieira</u>		Registro: <u>33141</u>	Leito: _____
Procedimento Cirúrgico: <u>Pós-Sutura Torção</u>		Data: <u>01/01/18</u>	Hora: _____
DIAGNÓSTICO <u>Feminino</u>		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
1. Ansiedade <u>Penna (E)</u>		<input type="checkbox"/> Encorajar verbalização dos sentimentos e medos <input type="checkbox"/> Proporcionar apoio emocional <input type="checkbox"/> Dar informação ao paciente e familiares <input type="checkbox"/> Outros _____	
2. Ventilação prejudicada <u>✓</u>		<input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado <input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas superiores de ___/___ h <input type="checkbox"/> Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz <input type="checkbox"/> Manter o paciente em posição de fowler <input checked="" type="checkbox"/> Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR <input checked="" type="checkbox"/> Instalar <input checked="" type="checkbox"/> manter <input checked="" type="checkbox"/> Anotar oximetria de pulso <input type="checkbox"/> Outros _____	
3. Padrão de eliminação urinária ( ) Diminuído ( ) Aumentado		<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ___/___ h <input type="checkbox"/> Estimular eliminação por meios físicos (ligar torneira, compressas frias no abdômen). <input type="checkbox"/> Colocar o paciente em posição de Fowler <input type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hídrica <input type="checkbox"/> Registrar-se: ( ) Dor ao urinar ( ) Abaulamento em região suprapúbica ( ) Ausência de diurese espontânea <input type="checkbox"/> Outros _____	
4. Dor <u>✓</u> Local: _____ ( ) Leve ( ) Moderada ( ) Severa		<input checked="" type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente no pós anestésico <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar a localização e a intensidade da dor <input checked="" type="checkbox"/> Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação <input checked="" type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da dor <input checked="" type="checkbox"/> Registrar características e intensidade da dor <input type="checkbox"/> Outros _____	
5. Integridade tissular prejudicada <u>✓</u>		<input checked="" type="checkbox"/> Descrever características da lesão <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo de <u>34/24</u> h <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito de ___/___ h <input type="checkbox"/> Medir decúbito de dreno de ___/___ h <input type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por ___ h <input type="checkbox"/> Outros _____	
6. Sangramento ( ) Local: _____ ( ) Leve ( ) Moderado ( ) Severo		<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de ___/___ h <input type="checkbox"/> Manter decúbito: _____ <input type="checkbox"/> Realizar curativo compressivo <input type="checkbox"/> Outros _____	
7. Imobilidade no leito prejudicada ( )		<input type="checkbox"/> Pinçar dreno ao transportar paciente <input type="checkbox"/> Avaliar mobilização do dreno (Tracionado) <input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição: <input type="checkbox"/> Outros _____	





HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA

403-02



GESTÃO  
IMIP  
HOSPITALAR

Leito da SRPA: 04

1. Identificação

Nome: Alex Henrique Nogueira data: 01/01/18 Hora: 12:30 Registro: 33141  
Leito de origem: \_\_\_\_\_

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Sutura de Hemorroida interna MIE  
Tipo de anestesia: Raqui  
Equipe: Dr. Elvira Anestesista: Dr. Daniela

3. Admissão

Estado geral: ( ) Bom (x) Regular ( ) Torporoso ( ) Grave  
Respiração: (x) Espontânea ( ) Assistida não invasiva ( ) Entubado ( ) Traqueostomizado  
Sonda: ( ) SVD ( ) SNG ( ) SNE  
Acesso Venoso Periférico: ( ) Não (x) Sim Onde: USD  
Acesso Venoso Central: (x) Não ( ) Sim Onde: \_\_\_\_\_  
Drenos: (x) não ( ) sim Onde: \_\_\_\_\_  
Sinais vitais: PA: 108 x 68 mmHg FR: — p/min FC: 58 p/min SaPO2: 99%  
Glasgow: \_\_\_\_\_

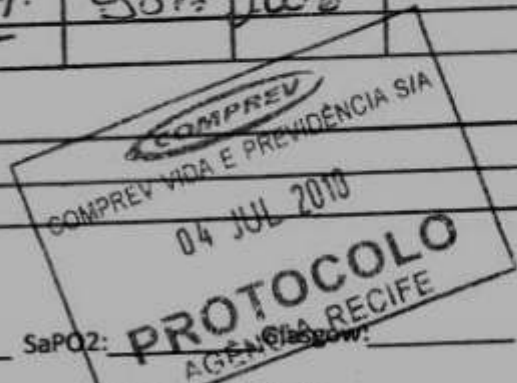
4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	107x59	108x53	102x50	104x75	102x65	
FR	—	—	—	—	—	
FC	56	55	55	57	60	
SaPO2	99%	99%	99%	98%	100%	
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA


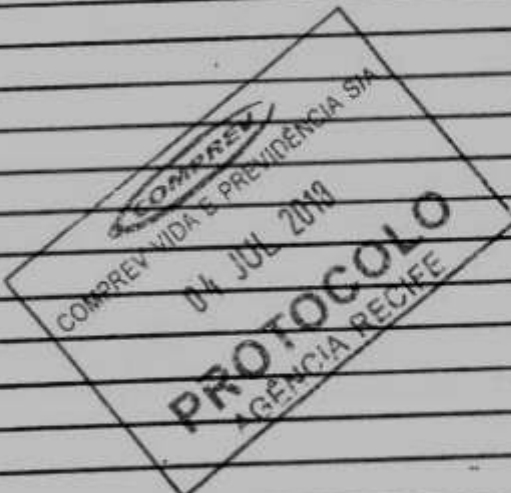
Sinais vitais: PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ SaPO2: \_\_\_\_\_  
Destino: ( ) Enfermaria ( ) UTI ( ) Emergência ( ) Ambulatório ( ) Residência  
Data: 11/18/18 Horário: \_\_\_\_\_ Responsável pelo encaminhamento: Dr. Silva  
Alta da SRPA pelo médico: \_\_\_\_\_



### EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Alex Henrique Nogueira Registro: 33341

Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: 403 Leito: 2

Data/Hora		# Serviço Social #
02/01/18		Realizado atendimento social a genitora de adolescente. Prestadas orientações pós-alta quanto ao seguro DPVAT e entregue encaminhamento para o PSF (Posto de Saúde da família).
		 HDH Hospital Dom Helder Câmara Cibele Maria da Silva Ferreira Assistente Social CRESS/PE 10193
		

(ALEXANDRE) TALIA EXTRATO





MINISTÉRIO DA FAZENDA  
**Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas



**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Número

**704.069.084-51**

Nome

**ALEX HENRIQUE NOGUEIRA**

Nascimento

**23/04/2000**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

**COMPREV**

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

04 JUL 2018

**PROTOCOLO**  
AGÊNCIA RECIFE

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, conformo 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