



Número: **0029100-65.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 30ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **29/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ALEX HENRIQUE NOGUEIRA (AUTOR)	CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67404 003	02/09/2020 16:56	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)

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**, 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

Pag. 00593/00594 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13213539





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.

E 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 8098770-1979	CEP 54500-001	Telefone (DDD) 8370-1979

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – 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

RECLUSO 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) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 3015 D/V CONTA NRO. 73055 D/V
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO
Nome _____ NRO. _____

AGÊNCIA NRO. _____ D/V CONTA NRO. _____ D/V
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

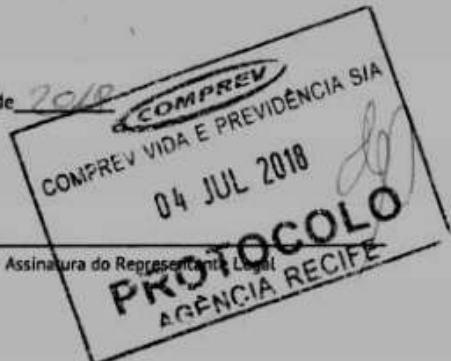
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

CABO SAT. AGOSTINHO 26 de JUNHO de 2018
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

FAPPF.001 V001/2017

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/AGENCIA : 2346 / BOA VIAGEM
CONTA : 013.00037858-9
NOME : BRUNA CRISTINA DO NASCIMENTO SAN

FAVORECIDO

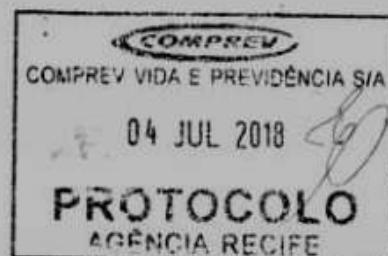
CGC/AGENCIA : 3015 / PRAZERES
CONTA : 013.00043855-4
NOME : ALEX HENRIQUE NOGUEIRA

VALOR : 5,00

DATA DE EFETIVAÇÃO : 04/07/2018

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

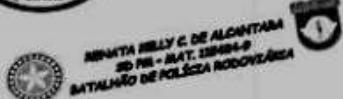
Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-725 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br





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 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	Postic, Árvore	Tombamento	
Animal	Transversal	Traseira	X	Muro, Casa	Saída da Pista

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	SEMAFORO
Longo da Via	X	Seca	X	Bom
Cruzamento		Molhada		Chuva
Outros		Enlameada		Nebulosa
		Oleada		Garoa
				Manhã
				Tarde
				Noite
				Madrugada
				S/Defeito
				C/Defeito
				Desligado
				N/Existe

V - CONTROLE DO TRÁFEGO

Policial	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 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		Apreendido				Liberado		Eadiu - se	
Proprietário ELINALDO GENEZIO VIRGINIO									
Residência									
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/ N°	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		Eadiu - se	
Proprietário									
Residência									
Município		Rg.		Org. Exp.		CPF			
Condutor									
Residência						Bairro			
Município		Rg.		Org. Exp.		CPF			
CNH/Pront/ N°		Categoria		Validade				Hora/Dir.	

TESTEMUNHA – 01

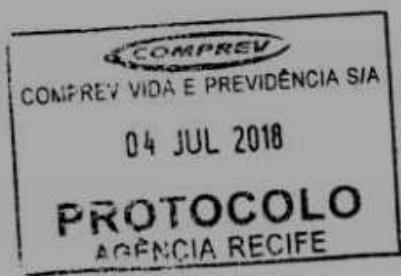
Nome			Idade		Sexo		Profissão	
Residência				Bairro				
Município		U.F.	Rg.		Órg. Exp.		CPF	
TESTEMUNHA – 02								
Nome								
Residência			Idade		Sexo		Profissão	
Município		U.F.	Rg.		Órg. Exp.		CPF	

VÍTIMA – 01

Nome	ALEX HENRIQUE NOGUEIRA	Natureza dos Ferimentos	Leve	Graves	X	Mortais	
Estado Civil	SOLTEIRO	Idade	17	Sexo	MASC	Passageiro	
Profissão	ESTUDANTE	Residência		Setor 03 ENSEADA DOS CORAIS		Nacionalidade	
Município	CABO	UF	Rg.	9621888	Órg. Exp.	SDS PE	CPF
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			Motorista	Passageiro		Pedestre	
Profissão		Residência			Nacionalidade		Naturalidade
Município		UF	Rg.			Bairro	
Socorrido				Órg. Exp.		CPF	
Dados Fornecidos Por					Município		
Residência					Bairro		
Município		UF	Rg.		Órg. Exp.		CPF



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 Lie. (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 Preservar 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

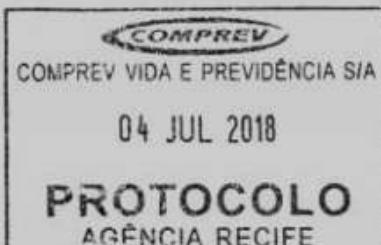
XV – AVARIAS APARENTEIS

VEÍCULO – 01

EM ANEXO

VEÍCULO – 02

EM ANEXO



XVI – DADOS NECESSÁRIOS

1. Reboque Efetuado	Policia Militar	Particular	Não Efetuado	
2. Comunicado à Delegacia de				Hora
Nome do Recebedor da Ocorrência			Matrícula	
XVII – Responsável Pelo BAT	Posto/Grad.	1 SGT	Matrícula	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

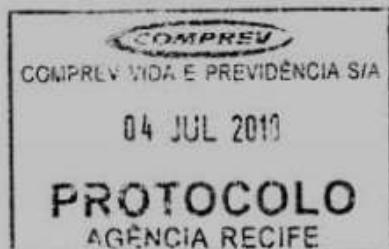


IV – SIMBOLOGIA

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

XIII – CROQUI

EM ANEXO

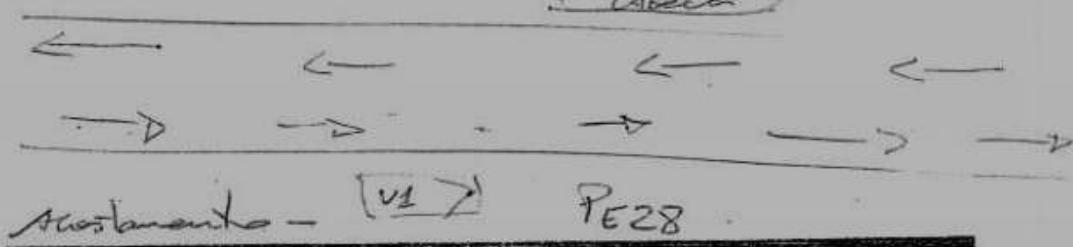
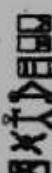


XII - INFRAÇÕES COMETIDAS

	V1	V2
Dirigir S/ CNH (Art. 162, I, CTB)	<input type="checkbox"/>	Deixar de prestar inform. S/ (Art. 176, v. CTB)
Conduzir veic. s/ doc. Port. obrig (Art. 232 CTB)	<input type="checkbox"/>	Desob. Ordens do Agente Trans. (Art 195 CTB)
Conduzir veic. s/ doc. Porte obrig. (Art. 232 CTB)	<input type="checkbox"/>	Conduzir veic. s/ licra violada (Art. 230, I CTB)
Dirigir sob influência alcóol. (Art. 165 CTB)	<input type="checkbox"/>	Conduzir veic. s/ placa (Art. 230, IV, CTB)
Deixar de prestar socorro a vítima (Art. 176, CTB)	<input type="checkbox"/>	Conduzir veic. s/ placa ligr. (Art. 230, VI, CTB)
Deixar de adotar prov. Pv evitar perigo trans. (Art. 176, CTB)	<input type="checkbox"/>	Conduzir veic. Altr. De caract. (Art. 230, VII, CTB)
Deixar de preservar local de acid. (Art. 176, III, CTB)	<input type="checkbox"/>	Conduzir veic. Defeito equip. obrig. (Art. 230, IX)
Deixar de remover veic. Qdo Detran (Art. 176, IV, CTB)	<input type="checkbox"/>	Outras _____

XIII - CROGHII

*Restaurante
do
Cabeça*

XIV - SIMBOLOGIA

Automóvel e outros veículos de 4 rodas
Ônibus, Caminhão e Trator
Trem
Veículo de 2 ou 3 Rodas
Pedestre
Animal
Objeto Fixo

Incêndio
Marcha à Frente.
Marcha à Ré
Desrapagem
Cotovelo ou Tombamento
Local da Colisão
Depois da colisão

CPU 2242

XV - AVARIAS APARENTEIS

Fiat. 800 WEEKEND
VEÍCULO - 01

- 4 Várias na Bandeja -
- Parau Diretorio Lado Direito



VEÍCULO - 02

- Empenamento da quadro
- parassaliente Jante traseira

V2 Bicicleta TRACK

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFEXVI - DADOS NECESSÁRIOS

1 - Reboque efetuado: Polícia Militar

Particular

N

ão

efetua

do

de

P

er

a

m

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

o

n

a

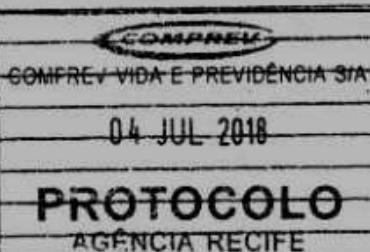
o

SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTES – (SSTA)

DECLARAÇÃO DO CONDUTOR (ANEXO AO BAT N° 12119018).

DESCREVA ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE:

JINHOS Transitando na rodovia PE 28 sentido
Cabo de Santo Agostinho, quando obteveu um ciclista
transitando no mesmo sentido virou em a colidiu com seu
veículo, o que causou uma virada e caiu no lado direito e
se machucou gravemente



Veículo: Fiat Palio Weekend
Nome do Condutor: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
RG: 28878615 Órgão Expedidor: SSP-PE CPF: 232.405.378-75
Placa do Veículo: CPV 2242 Data: 01/01/18 Hora: 08:50:

Assinatura: Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior

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.





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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 Lider 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 26 de JUNHO de 2018

Local e Data

DALI.001 V001/2017

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

04 JUL 2018

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE





Prefeitura Municipal do Cabo de Santo Agostinho
Secretaria Municipal de Saúde



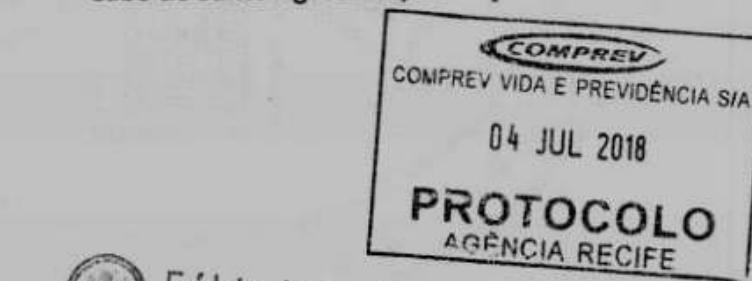
DECLARAÇÃO

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 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



27/06/2018

...Via para Pagamento de Conta de Energia

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1361350466

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOSÉ 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 0167

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

ENDEREÇO

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

PERÍODO CONSUMO

21/05/2018 a 20/06/2018

DATA DE VENCIMENTO

27/06/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 129,74

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

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

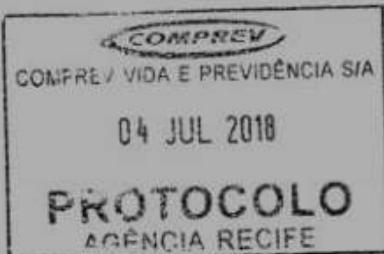
Destaque aqui

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
4011806258	06/2018	R\$ 129,74	27/06/2018	<p>Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.</p>

838800000011 297400110046 011806258107 135989780030



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



...atendimento.celpe.com.br/NDP_DCSRUCES_D-home-neologw-sap.com/servlet/login,neoenergia.com.RFCCConversaoServlet?dest=... 1/1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/09/2020 16:56:33
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090216563282900000066116662
Número do documento: 20090216563282900000066116662

Num. 67404003 - Pág. 13

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

Urgem: 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

Edições de Alta:

Diagnóstico:

Procedimento:

Alta em:

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





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



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 GUARARAPES PE

Usuário Atendimento: MARIANPG

RG (Identidade): 9621888

SDSPE

Data de Emissão: 14/12/2012

Fone: 85615417

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 70406908451

Data de Emissão CRN:

cartão SUS:

03 JAN 2018

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal:

Urtigo de ahorilhado, ress. urtic.

Exame Físico

Urtigo severo, er. color. amarelo-rosa. Cx - pt. 30cm. Dor que ir - dor - dor dor

Hipótese Diagnóstico

Urticaria

Conduta Terapêutica

Xi de trans

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
04 JUL 2013

Prescrição Médica

A ortopédia

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Carimbo Médico: CRM - 18711

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:
LEITO DO PACIENTE:



ta e hora retirada da senha: 01/01/2018 08:59

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

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

Prioridade:

EMERGÊNCIA - VERMELHO

Nº:

VERMELHO

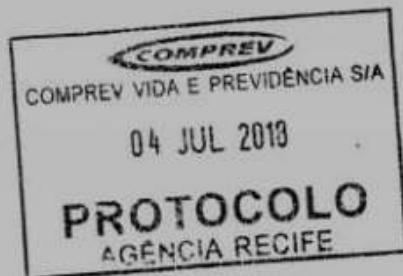
Principia Principal: PACIENTE VEIO COM O SAMU VITIMA DE ATROPELAMENTO, DEU ENTRADA NA AREA VERMELHA, HD DE POLITRAUMA. NEM TER HAS,DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA. REFERE TAMBEM NAO TER HAVIDO DESMAIOS, VOMITOSA. VEIO PARA AVALIAÇÃO DO ORTOPEDISTA. APRESENTA DOR EM MIE.

rograma sintoma: TRAUMA

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

pecialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

01/01/2018 09:26
EVOLUÇÃO
COREN: 073545



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

Data Impressão: 01/01/2018 09:27

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

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
vénio Atend. : 1
Leito : 647
Dt. Início : 01/01/2018 12:15

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

é-Operatório :
Is-Operatório :

Procedimento: 0401010058
Convênio: 001
Anestesia: 05

EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
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

chados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr Carlos R. F. Rihen
Ortopedia-trumatologo
CRM 15.463

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



HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA

lente für 1. Hersteller Wicanders

- 33.141

Sexo	Cor	Idade	Risco
M		12	

Nome do Anestesiologista

卷之三

Secção Pré-anestésica

inga os frameworks em HTE.

Técnicas Anestésicas

Ranunculus
Lg-ly purple
unsc - self br.
leaves - p. L.
dry
Yucca - white
+
Ectemnius

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

Encaminhado
 Acordado
 Encaminhado
 Intubado

Destino
 SRPA
 Apartamento
 UTI
 Externo

Intercapacidade:

Denchnever.

COMPRE VIDA E PREVIDÊNCIA SIA

04 JUL 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Assistência de Ambiente





GERÊNCIA DE ENFERMAGEM EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:
 Nome: Flávia Henriquez Nozane Data: 01/01/18 Hora: 11:00 Registro: 3470
 Convidado: SLB Letra: ~ Altura: ~

2 - EQUIPE MÉDICA:
 Cirurgião: Dr. Rihany Anestesiologista: Dr. Danielly
 Auxiliar: 2º Auxiliar: Instrumentador: Rafaela

3 - DADOS DA CIRURGIA:
 Cirurgia: Intervento cirúrgico de remoção de MTC Início: 10:45 Término: 12:05
 Anestesia: Início: 11:50 Término:

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

Estado Geral:	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> Coma
I de Consciência:	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Somolento	<input type="checkbox"/> Turgor normalizado
Respiração:	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> Estabilizada	<input type="checkbox"/> Turgor normalizado	<input type="checkbox"/> Coma
Tricôtomia:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Turgor normalizado	<input type="checkbox"/> Coma

Chegou no CC em uso de:

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

Posição: Fowler ()	Lateral ()	Dorsal ()	Ventral ()	Ginecológica ()
Banco de Sangue ()		Laboratório ()	Radiologia ()	Papa Cirurgico: Sim ()

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Osímetro de Pulsos ()	Monitor Cardíaco ()	PMI ()	Bomba CEC ()	Aspirador ()
Colchão Térmico ()	Bisturi Ultrassônico ()	Artroscópio ()	Microscópio ()	Capnôgrafo ()
Bisturi Elétrico ()	Laser de Plasma ()			
Carro de Anestesia ()	Difusor ()	Intubador ()		
Ap. Video ()	Bomba de Infusão ()			
Orçamento ()				
Protetor ()	Inicio _____	Término _____		
Gás Carbônico ()	Inicio _____	Término _____		
Outros: _____				

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Pré-Exame Otorrinolaringológico: Sim ()	Não ()	Punção Venosa: Sim ()	Não ()
Intubação: Sim ()	Não ()	Endotracheia: Sim ()	Não ()
Drainagem (Tipo e Local): Sim ()	Não ()		
Curativo (Tipo e Local): Sim ()	Não ()		

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: DURAÇÃO:

6 - OBSERVAÇÕES: _____

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paroxismo: <input checked="" type="checkbox"/> Acordado	<input checked="" type="checkbox"/> Narcose	<input type="checkbox"/> Estabilizado	<input type="checkbox"/> Turgor normalizado
Encapuzado para: <input checked="" type="checkbox"/> SIFVA	<input checked="" type="checkbox"/> S. Intubada/Art.	<input type="checkbox"/> LÍQUOR	<input type="checkbox"/> UTI () Agf ()
			Residência ()

Data: 01/01/18 Hora: 12:25 Endereço: Rafaela Crachá:

COMPOSIÇÃO VIDA E PREVIDÊNCIA SIA
 04 JUL 2015

PROTÓCOLO
 AGENCIA RECIFE

GDD. 33





IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

1. Identificação
Nome: Flávia Henriquez Hayman Data: 01/05/13 Registro: 531
Convênio: Saeb Leito: _____ Hora: 10:30

2. Equipe médica:

2. Equipe médica: Ricardo 1º auxiliar:
Cirurgião: Dr. Silveira Instrumentador: Edneuza
Anestesista: Dr. Daniel Circulante: Edneuza

Adm 13 E. 149th St.
Tee do S. 149th St.
2000 9/27/19



MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

CLIENTE:	Dr. Joaquim Nogueira			DATA:	01/07/2020
RURGIÃO:	Dr. Joaquim Nogueira			RG:	3210
ESTESISTA:	Dr. Joaquim Nogueira			AUXILIAR:	
RURGIA:	Dr. Joaquim Nogueira			ANESTESIA:	Rouge USD
TRUMENTADOR:	Dr. Joaquim Nogueira			COORDENAÇÃO DO BLOCO:	Vinicius
RCULANTE:	Dr. Joaquim Nogueira			COREM:	
FERMEIRA:	Dr. Joaquim Nogueira			HORARIO INICIAL:	07:00
				HORARIO FINAL:	12:30
DESCRICAÇÃO MATERIAL USADO EM SALA				DESCRICAÇÃO MATERIAL USADO EM SALA	
AGULHAS				BRINOS	
13X4,5	25X7	25X8	40X12	KHER 8	KHER 10
RDIOPLEGICA	STIMPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27	KHER 18	SUCCAO 3,2
ATADURAS				BLAKER 19FR	BLAKER 24FR
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM	TORAX 20	TORAX 25
ESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM		TORAX 28	TORAX 30
CANULAS				TORAX 32	TORAX 36
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5	BONDIAS	
RAQUEOST 9,0				ENTERAL 10	ENTERAL 12
CATETER				ASPIRACAO 10	ENDOTRAQ. 2,0
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16	ENDOTRAQ. 3,5	ENDOTRAQ. 4,5
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 18	JELCO 18	ENDOTRAQ. 5,5	ENDOTRAQ. 6,5
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24		ENDOTRAQ. 7,5	ENDOTRAQ. 8,5
LIMPADORES				FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 20
CURATIVOS				FOLEY 2VIAS 66	FOLEY 2VIAS 68
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12
EQUIPOS				FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16
BOMBA	BOMBA FOTO	PISANGUE	P/SORO MACRO	NASO 10	NASO 12
EXTENSORES				NASO 15	NASO 20
20CM	40CM	60CM	120CM	URETRAL 6	URETRAL 8
LAMINAS				URETRAL 14	URETRAL 16
JRI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20	FIOS CIRÚRGICOS	
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 5		ALGODAO 0	ALGODAO 2-0
LUVAS				CROMADO 0	CROMADO 1
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5	CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0
SERINGAS				SIMPLES 5-0	NYLON 2-0
1ML	3ML	5ML	10ML	NYLON 5-0	NYLON 3-0
20ML	60ML	60ML CATETER		NYLON 10-0	NYLON 4-0
AVENTAL CIRUR. B5. COLOSTOMIA COMPRESSAS CAPA P/ VIDEO				POLIESTER 4-0	POLIESTER 2-0
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXAO 2VIAS	CONEXAO 4VIAS	PROLENE 4-0	PROLENE 5
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GAZES	GELFOAN	PROLENE 2-0	PROLENE 3-0
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA	VICRYL 0	VICRYL 1
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO	VICRYL 4-0	VICRYL 2-0
				COD. 3840	
COMPRA VIDA E PREVIDENCIA SIA				Adm. Tel. 0800-200-2007	
04 JUL 2013				COP. 2013	
PROTOCOLO				2013	
AGÊNCIA RECIFE				2013	

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 MARANHAO
Enferm.: BL-3 B

Atendimento: 412541

Leito: 647

Dt.Cad: 9/5/2012
Dt. Nasc: 23/4/2000
Bairro: PRAZERES
Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES
CNS: 702807163835989

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 áerea 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

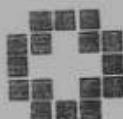
A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- Nome do procedimento realizado *Sutura Extensa Ferimento Penna*
- A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica) *sim*
- Biópsias estão identificadas com o nome do paciente *sim*
- 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
CREF 07-114.127

Nome: Alex Henrique Magalhães		Registro: 33141	Leito:
Procedimento Cirúrgico: Pôs Sutura Tóxicodea		Data: 01/01/18	Hora:
DIAGNÓSTICO		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
Penso (E)			
1. Ansiedade		<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 (✓)		<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 (✓) manter (✓) Anotar oximetria de pulso <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ___ / ___ h <input type="checkbox"/> Estimular eliminação por meios físicos (ligar tosseira, compressas frias no abdômen).	
3. Padrão de eliminação urinária		<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 () Ablumento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea <input type="checkbox"/> Outros	
4. Dor (✓)		<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 (✓)		<input checked="" type="checkbox"/> Descrever características da lesão <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo de ___ / ___ 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 ()		<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de ___ / ___ h <input type="checkbox"/> Manter decúbito: <input type="checkbox"/> Realizar curativo compressivo <input type="checkbox"/> Outros	
Local: _____		<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	
7. Imobilidade no leito prejudicada ()			

COMPRA, VIDA E PREVIDÊNCIA SIA
04 JUL 2013
PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA

403-02



GESTÃO
IMP
HOSPITALAR

Leito da SRPA: 04

1. Identificação

Alex Henrique Nogueira
Nome: _____ data: 01/01/18 Hora: 21:30 Registro: 33140

Leito de origem: _____

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Sutura de item de ferimento MIE
Tipo de anestesia: Raqui
Equipe: Dr. Divaldo Anestesista: Dr. Daniello

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: M5D
Acesso Venoso Central: () Não () Sim Onde: _____
Drenos: () não () sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 108 x 68 mmHg FR: _____ p/min FC: 58 p/min SaPO2: 99%
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	107 x 59	108 x 53	102 x 59	104 x 75	105 x 65	
FR						
FC	56	55	55	57	60	
SaPO2	99%	99%	99%	98%	100%	
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
04 JUL 2010

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

6. Alta da SRPA

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

Destino: () Enfermaria () UTI () Emergência () Ambulatório () Residência

Data: 18/01/2010 Horário: 18:41h Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico: _____



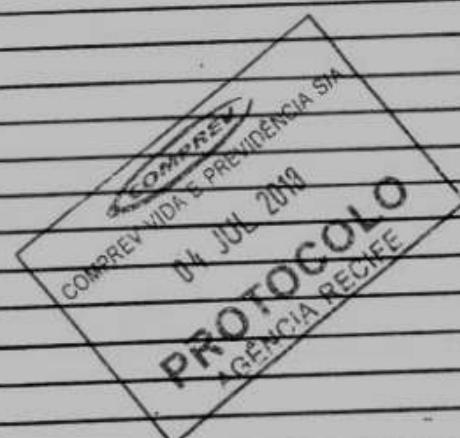
EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Alex Henrique Nogueira Registro: 33341

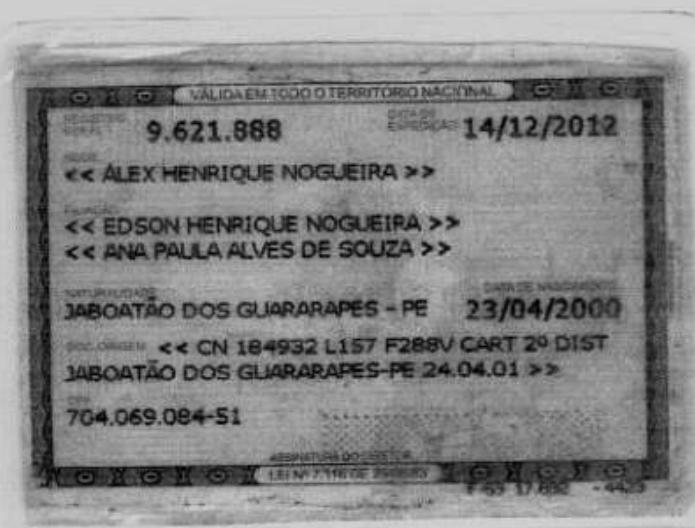
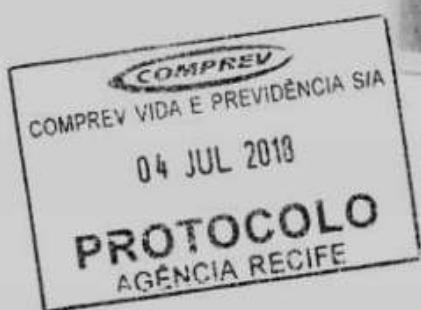
Clínica: _____ Enfermaria: 403 Leito: 2

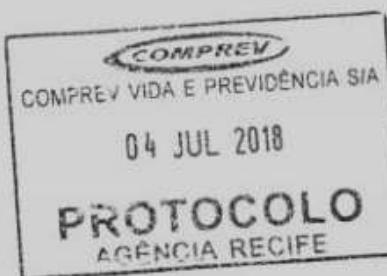
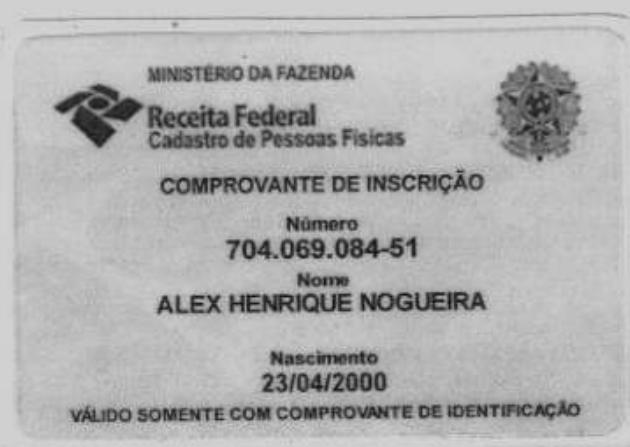
Data/Hora	#Serviço Social#
09/01/18	Realizado atendimento social a genitora do adolescente. Presididas orientações pós-altas quanto ao seguro DPVAT e encaminhamento para o PSF (Posto de Saúde da família).

HMH-Hospital Bem Hélder Câmara
Cibele Maria da Silva Fecosta
Assistente Social
CREAS/PE 10193



(ALEXANDRE) TALIA EXTRATO





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/09/2020 16:56:33
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090216563282900000066116662>
Número do documento: 20090216563282900000066116662

Num. 67404003 - Pág. 27

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 %

