



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
67404003	02/09/2020 16:56	ANEXO 1	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

Pag. 00561/00562 - carta_01 - INVALIDEZ

00020281



Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **ALEX HENRIQUE NOGUEIRA**

Nº Sinistro: **3180349049**

Vítima: **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.

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 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
CEP 54500-001		Telefone (DDD) 8370-1979

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) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 3615	D/V 	CONTA NRO. 43055	D/V 4
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

BANCO Nome 	NRO.
AGÊNCIA NRO. 	D/V
CONTA NRO. 	D/V
(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

FAPPF.001 V001/2017





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 : 013.00037858-9
NOME : BRUNA CRISTINA DO NASCIMENTO SAN

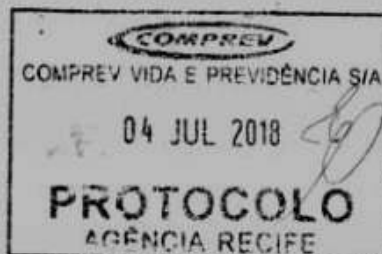
FAVORECIDO
CGC/AGÊNCIA : 3015 / PRAZERES
CONTA : 013.00043055-4
NOME : ALEX HENRIQUE NOGUEIRA

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





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

Nº / ANO
J-21/18



RENATA KELLY C. DE ALCANTARA
2º PM - MAT. 12444-9
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

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

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, Árvore	Tombamento
Animal	Transversal	Traseira <input checked="" type="checkbox"/>	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	SEMAFORO
Longo da Via <input checked="" type="checkbox"/>	Seca <input checked="" type="checkbox"/>	Bom <input checked="" type="checkbox"/>	Manhã <input checked="" type="checkbox"/>	S/Defeito
Cruzamento	Molhada	Chuva	Tarde	C/Defeito
Outros	Enlameada	Neblina	Noite	Desligado
	Olhada	Garoa	Madrugada	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 <input checked="" type="checkbox"/>	Canteiro Central
			Blocos
			Outros <input checked="" type="checkbox"/>

VI - CONDIÇÕES DOS CONDUTORES

EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA - VI/V2	COMPORTAMENTO - VI/V2
Realizado no Local	Permaneceu no local <input checked="" type="checkbox"/>
Enc. Para Exame	Socorrido <input checked="" type="checkbox"/>
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

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./ Nº		Categoria				Validade		Hora/Dir.	

TESTEMUNHA – 01

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

TESTEMUNHA – 02

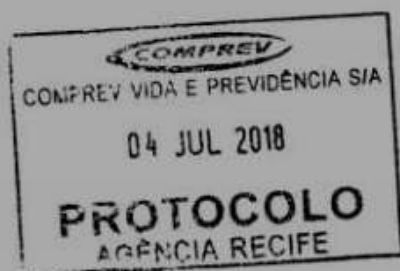
Nome		Idade		Sexo		Profissão	
Residência							
Município		U.F.		Rg.		Org. Exp.	CPF

VÍTIMA – 01

Nome		ALEX HENRIQUE NOGUEIRA			Motorista		Passageiro		X		Mortais		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

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



RENATA KELLY C. DE ALCANTARA
30 PM - MAT. 22484-9
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA



XII – INFRACÕES COMETIDAS

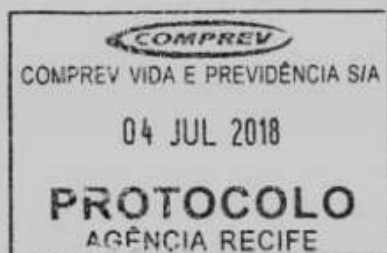
	V.1 / V.2		V.1 / V.2
Dirigir s/CNH (Art. 162.I CTB)		Deixar de Prestar Inform.s.º acid. (Art.176VCTB)	
Conduzir Veic.º Lic. (Art. 230 V CTB)		Desob. Ordens. do Agente trãns. (Art. 195 CTB)	
Conduzir Veic.º Doc. Porte Obrig. (Art. 232 CTB)		Conduzir Veic. C. Lacre Violado (Art 230 I CTB)	
Dirigir Sob. Influen. Alcool (Art. 165 CTB)		Conduzir Veic. S.º Placa (Art 230 IV CTB)	
Deixar de Prestar Socorro à Vítima (Art 176 I CTB)		Conduzir Veic. C.º Placa Ileg. (Art 230 VI CTB)	
Deixar de Adotar Prov. P.º 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: 09.07.2018
SD PM Renata Cardoso

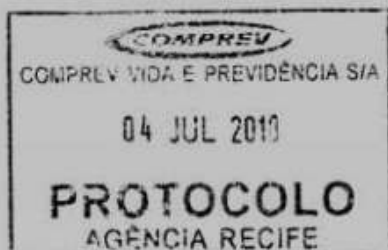


IV – SIMBOLOGIA

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

	V1	V2	
Dirigir s/ CNH (Art. 167, I, CTB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deixar de prestar inform. s/ (Art. 176, v, CTB)
Conduzir veíc. s/ doc. Part obrig (Art. 232 CTB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desob. Ordens do Agente Trans (Art. 195 CTB)
Conduzir veíc. s/ doc. Parte obrig (Art. 232 CTB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conduzir veíc. s/ placa violada (Art. 230, I CTB)
Dirigir sob influência álcool. (Art. 165 CTB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conduzir veíc. s/ placa (Art. 230, IV, CTB)
Deixar de prestar socorro a vítima (Art. 176, CTB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conduzir veíc. s/ placa ileg. (Art. 230, VI, CTB)
Deixar de adotar prov. p/ evitar perigo trans. (Art. 176, CTB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conduzir veíc. Alter. De caract. (Art. 230, VII, CTB)
Deixar de preservar local de acíd. (Art. 176, III, CTB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conduzir veíc. Defeito equip. obrig (Art. 230, IX)
Deixar de remover veíc. Qdo Determin (Art. 176, IV, CTB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Outras: _____

XIII - CROQUI

Restaurante
do
Cabeça



Restaurante - [V1] PE28

XIV - SIMBOLOGIA

- ☐ Automóvel e outro 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
- ☐ Derrapagem
- ☐ Capotamento ou Tombamento
- ☐ Local da Colisão
- ☐ Depois da colisão

CPU 2242

XV - AVARIAS APARENTES

Fest. & WEEKEND
VEÍCULO - 1

- Avarias na Bandeira -
- Pneu Dianteiro Esq. Durito

V2 Bicicleta TRACK

VEÍCULO - 02

- Empenamento do quadro
- Arranhamento Jante Traseira

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:

Nome do receptor da ocorrência:

Hora:

Matrícula:

XVII - RESPONSÁVEL
PELO BAT.

POSTO/GRAD.

MATRICULA.

NOME:

19567 PM

31650-4

ASS.

XVIII - Datilógrafo SSTA:

Of. Chefe SSTA:





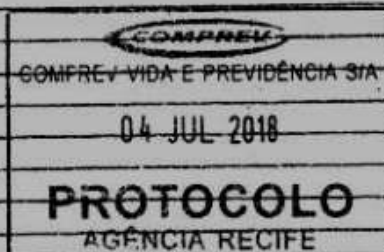
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTES - (SSTA)



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

DESCREVA ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE:

VINHOS TRANSPORTANDO NA RODAGEM PE 28 SANTO
CABO DA SANTO AGOSTINHO, QUANDO OBSERVEI UM CICLISTA
TRANSPORTANDO NO MESMO SENTIDO VIRANDO A COLINA EM SUAS
MÃOS, COMO E MUITO LATE A COLINA EM SUAS MÃOS E
DE MARCHA LATE.



Veículo: Fiat Palio Weekend

Nome do Condutor: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

RG: 28878615

Órgão Expedidor: SSP-PE

CPF: 282405598 - AT

Placa do Veículo: CRU 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.



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.

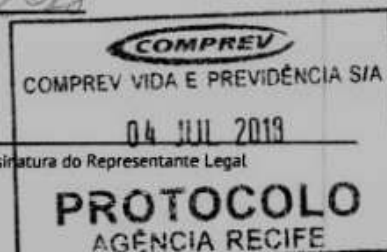
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

CAMPUS DE SANTO AGOSTINHO 26 de **JUNHO** de 2018
Local e Data

Alex Henrique Nogueira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

04 JUL 2018
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





Prefeitura Municipal do Cabo de Santo Agostinho
Secretaria Municipal de Saúde



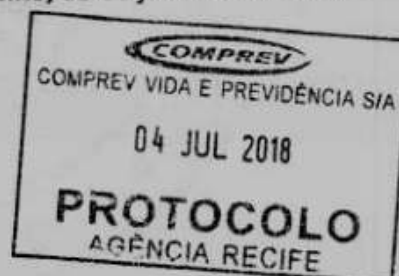
DECLARAÇÃO

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,




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. 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 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	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
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	CONSUMO 102	

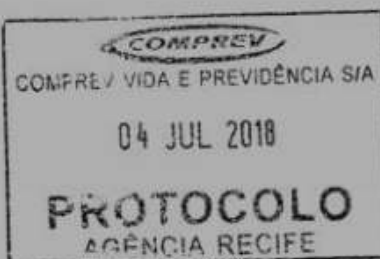
ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 27,62

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



atendimento.celpe.com.br/NDP_DCSRUCES_D~home~neologw~sap.com/servlet/login.neoenergia.com.RFCConversaoServlet?dest=... 1/1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/09/2020 16:56:33
https://pje.tje.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

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

Indicações de Alta: _____

Diagnóstico: _____

Procedimento: _____

Alta em: 21/01/18

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
SAME/Faturamento

06/01/18





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 GUARARAPE 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: 03 JAN 2018
artão SUS:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

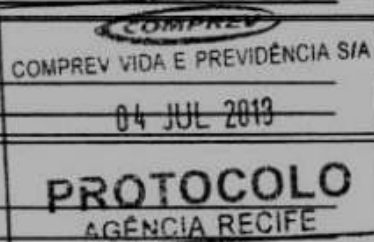
Queixa Principal: *Urticária de atropina, no corpo.*
em ambos

Exame Físico: *Urticária, com edema.*
em ambos membros superiores.
em ambos membros inferiores.
em ambos membros superiores.

Hipótese Diagnóstica: *Reação*

Conduta Terapêutica: *Ki de Trans*

Prescrição Médica: *A atropina*



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

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:



sumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTUCOLO

la 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

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

or:

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

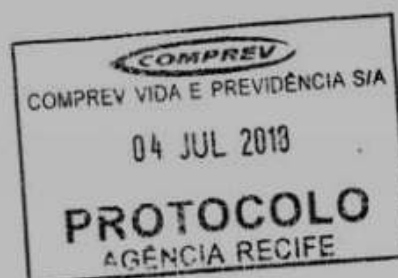
iscriminador(es):

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

pecialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Matr. 1 de 2018 07-1509
Evid. 1 de 2018 07-1509
COREN - RJ 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
vênio 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 :

é-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

URGIAO

15463 CARLOS ROBERTO PINHEIRO RIHAN

crição 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. Rihan
Ortopedia-traumatologia
CRM 15.463

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

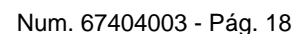


10 JAN 2018

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA

Isonitrozação	<input type="checkbox"/> BIS	Encaminhado	Intercomência:	NÃO	SIM
<input checked="" type="checkbox"/> Cardíaco	<input type="checkbox"/> Temperature	<input checked="" type="checkbox"/> Acordado	Descrever:	COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A	
<input type="checkbox"/> Oxímetro	<input type="checkbox"/> Swan-Ganz	<input type="checkbox"/> Sonoletivo		04 JUL 2019	
<input type="checkbox"/> PNI	<input type="checkbox"/> Analisador Gases	<input type="checkbox"/> Intubado	Observações:	PROTOCOLO	
<input type="checkbox"/> Sonda Vesical	<input type="checkbox"/> PVC	Destino		AGÊNCIA RECIFE	
<input type="checkbox"/> Capnógrafo	<input type="checkbox"/> Estimulador de Nervos	<input checked="" type="checkbox"/> SRPA			
<input type="checkbox"/> Estet. Pré-Cordial	<input type="checkbox"/> Linha Arterial	<input type="checkbox"/> Apert.Ent.			
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Volumia IBP Plus	<input type="checkbox"/> UTI			
		<input type="checkbox"/> Externa			

Assinatura do Agente
Doutora RITA CILACCI





GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Don Henrique NOZUE Data: 01/10/1984 Hora: —
Convênio: 825 Letra: — Pa.: — Altura: —

Cirurgião: Dr. Khan Anestesiologista: [assinatura] Instrumentador: [assinatura]
 Auxiliar: _____ 2º Auxiliar: _____

Cirurgia: Exatoma de parede torácica com NIF Início: 11:50 Término: 12:50
 Anestesia: Propofol Início: 11:50

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

Posição: Fowler () Lateral () Dorsal () Ventral () Ginecologia ()
Banco de Sangue () Laboratório () Radiologia () Papa Cirurgica: Sim ()

Osímetro de Pulso	()	Monitor Cardíaco	()	PNI	()	Microscópio	()
Colchão Térmico	()	Bisturi Ultrassônica	()	Artroscópio	()		
Bisturi Elétrico	()	Local de Placa					
Carro de Anestesia	()	Difusor	()	Intensificador	()	Nº ()	
Ap. Vídeo	()	Bomba de Infusão	()				
Origênis	()	Início		Término			
Protetido	()	Início		Término			
Gás Carbônico	()	Início		Término			
Outros:							

Alfabeto Ortográfico:	Sim ()	Não ()		Punção Venosa:	Sim ()	Não ()	
Alfabeto Vocal de Demora:	Sim ()	Não ()		Sonda Gástrica:	Sim ()	Não ()	
Drenagem (Tipo e Local):	Sim ()	Não ()					
Curativo (Tipo e Local):	Sim ()	Não ()					

ANESTESIA: F. de O. Alves **CIRURGIÃO:**

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

04 JUL 2019

AGENCIA RECIFE

Protocolo:	Acordado	() Marcos	() Enchutado	() UTI	() Apl	() Residência
Encaminhado para:	SPPA	() S. Intelectual	() LICOR			

Data: 01/01/12 Hora: 12:25 Enfermeiro: Rafaela Cirurgião: Téc. de S. 12
01/01/12

CÓD. 38



IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

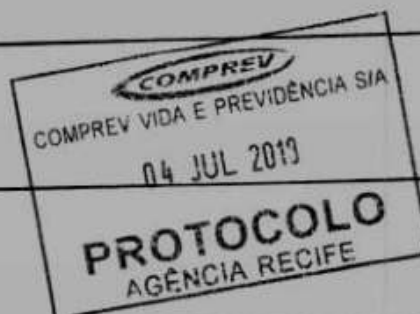
1. Identificação

Nome: Marcelo Henrique Magalhães Data: 01/12/17 Registro: 33.141
Convênio: Susat Leito: 10.30 Hora: 10.30

2. Equipe médica:

Cirurgião: Ricardo 1º auxiliar: Rafaela
Anestesista: Dr. Douglas Instrumentador: Rafaela
Circulante: Dr. Douglas

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
<u>Scalpel</u>	<u>HDH CME - PLO</u> <u>31.12.17 01</u> <u>07.01.181395</u>	
<u>Pinça de Mosquito</u>	<u>HDH CME - PLO</u> <u>31.12.17 01</u> <u>07.01.181395</u>	
<u>Pinça de Mosquito</u>	<u>HDH CME - ERA</u> <u>30.12.17 01</u> <u>30.03.181386</u>	
<u>Pinça de Mosquito</u>	<u>HDH CME - P. 0</u> <u>31.12.17 02</u> <u>07.01.181419</u>	
<u>Pinça de Mosquito</u>	<u>HDH CME - PLO</u> <u>31.12.17 02</u> <u>30.03.181386</u>	
<u>Pinça de Mosquito</u>	<u>HDH CME - P. 0</u> <u>31.12.17 01</u> <u>07.01.181419</u>	
<u>Pinça de Mosquito</u>	<u>HDH CME - PLO</u> <u>31.12.17 02</u> <u>30.03.181386</u>	
<u>Pinça de Mosquito</u>	<u>HDH CME - P. 0</u> <u>31.12.17 01</u> <u>07.01.181419</u>	
<u>Pinça de Mosquito</u>	<u>HDH CME - PLO</u> <u>31.12.17 02</u> <u>30.03.181386</u>	
<u>Pinça de Mosquito</u>	<u>HDH CME - P. 0</u> <u>31.12.17 01</u> <u>07.01.181419</u>	



Assinado F. M. de Cruz
Téc. de Saúde
COMPREV



MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

DATA:

07/07/20

RG:

5210

CIENTE:

Rafael Henrique Aguiar

AUXILIAR:

CIRURGIÃO:

Dr. R. B. B.

ANESTESIA:

Rafael Henrique Aguiar

TESTESISTA:

Dr. R. B. B.

CIRURGIÃO:

Dr. R. B. B.

COORDENAÇÃO DO BLOCO:

Dr. R. B. B.

TRUMENTADOR:

Dr. R. B. B.

COREN:

3.1.1

CULANTE:

Dr. R. B. B.

HORARIO INICIAL:

12:00

HORARIO FINAL:

12:30

PERFEIRA:

Dr. R. B. B.

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

AGULHAS			
13X4.5	25X7	25X8	40X12
RADIOLOGICA	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	SUBCLAVIA 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	PISANGUE	PISORO MACRO
EXTENSORES			
20CM	40CM	60CM	120CM
LAMINAS			
JRI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6	
LUVAS			
LUIVA 7.0	LUIVA 7.5	LUIVA 8.0	LUIVA 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

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

DRENOS			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 16	SUCCÃO 3.2	SUCCÃO 4.8	SUCCÃO 5.4
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
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 6	

COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S/A

04 JUL 2013

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

CÓD. 384C

Adriano
Téc. de
Cód. 384C



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:

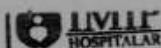
- ☐ Nome do procedimento realizado **Sutura Extensa Ferimento Perna (E)**
- ☐ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica) **Sim**
- ☐ Biópsias estão identificadas com o nome do paciente **N/A**
- ☐ Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido **NÃO**
- ☐ 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
05/07/2013

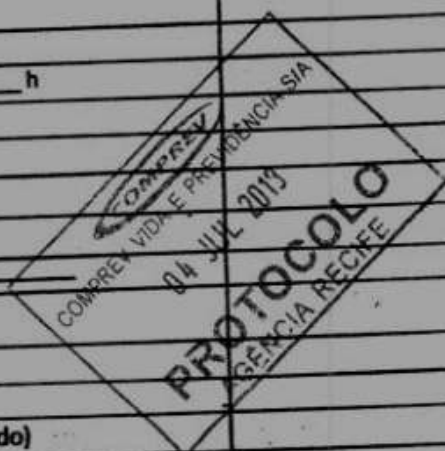


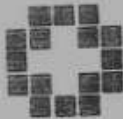
HOSPITAL
HELDER CÂMARA

BLOCO CIRÚRGICO



Nome: <u>Alex Henrique Maciel</u>		Registro: <u>33141</u>	Leito: _____
Procedimento Cirúrgico: <u>Possutina Extensão</u>		Data: <u>01/01/18</u>	Hora: _____
DIAGNÓSTICO <u>Fenimento</u>		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
HORÁRIOS			
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 <input checked="" type="checkbox"/> manter <input checked="" type="checkbox"/> Anotar oximetria de pulso <input type="checkbox"/> Outros _____		
3. Padrão de eliminação urinária	<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: <input type="checkbox"/> Dor ao urinar <input type="checkbox"/> Abaulamento em região suprapúbica <input type="checkbox"/> 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 <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 ()	<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 (Tractionado) <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: 331411
Leito de origem: _____

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Sutura de lacerado peritoneo ME
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: 128 x 68 mmHg FR: - p/min FC: 58 p/min SaPO2: 99%
Glasgow: _____

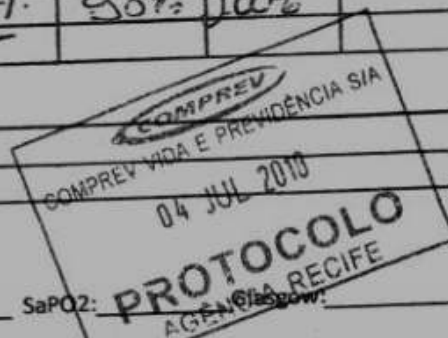
4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	128 x 59	128 x 53	102 x 50	104 x 75	102 x 65	
FR	-	-	-	-	-	-
FC	56	55	55	54	60	
SaPO2	99%	99%	99%	98%	100%	
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA


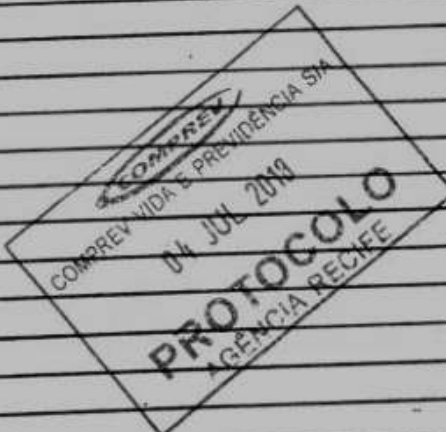
Sinais vitais: PA: _____ FC: _____ FR: _____ SaPO2: _____
Destino: () Enfermaria () UTI () Emergência () Ambulatório () Residência
Data: 01/01/18 Horário: 18:42 Responsável pelo encaminhamento: _____
Alta da SRPA pelo médico: _____



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Alex Henrique Nogueira Registro: 33341

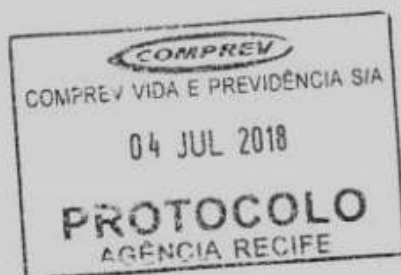
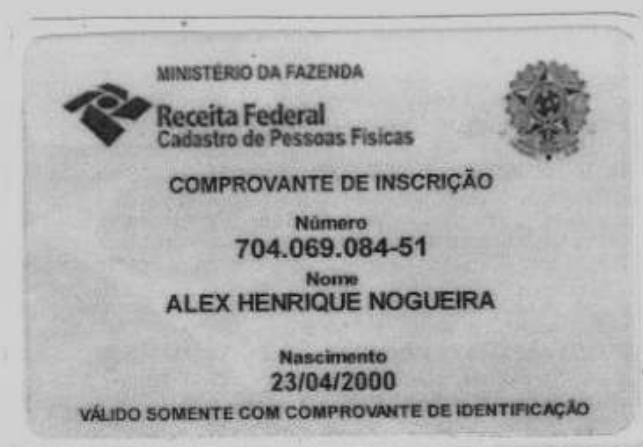
Clínica: _____ Enfermaria: 403 Leito: 2

Data/Hora	# Serviço Social #
02/04/18	<p>Realizado atendimento social a genitora do adolescente. Prestadas orientações pós-alta quanto ao seguro DPVAT e entrega encaminhamento para o PSF (Posto de Saúde da família).</p>
	 HON. Hospital Dom Helder Câmara Cibele Maria da Silva Ferreira Assistente Social CRESS/PE 10195
	



(ALEXANDRE) TILIA EXTRATO





30/07/2018


RES: Cancelamento - Inconsistência de Campos chave

 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

