

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 29 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200193311

Vítima: ADEMI ISIDIO SERGIO

Data do Acidente: 22/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADEMI ISIDIO SERGIO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 29 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200193311

Vítima: ADEMI ISIDIO SERGIO

Data do Acidente: 22/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ADEMI ISIDIO SERGIO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

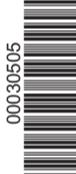
Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200193311 **Vítima: ADEMI ISIDIO SERGIO**

Data do Acidente: 22/12/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADEMI ISIDIO SERGIO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ADEMI ISIDIO SERGIO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000047

Conta: 0000043452-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

023 546.074.58

4 - Nome completo da vítima:

Ademir Isidro Sergio

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Ademir Isidro Sergio

6 - CPF:

023 546 074-58

7 - Profissão:

xaré

8 - Endereço:

rua Belo Vista

9 - Número:

385

10 - Complemento:

C

11 - Bairro:

Ponta das Canas

12 - Cidade:

Cabo de Santo Agostinho

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

54.520-735

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(83) 3923-1013

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- RECUZO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0047

CONTA: 43452

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nasceu? Sim Não31 - Vítima teve irmãos? Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário declarante

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data,

Cabo de Santo Agostinho 22 de maio 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 041ª CIRCUNSCRIÇÃO - PONTE DOS CARVALHOS -
DP41ºCIRC DIM/10ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0131000064

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/01/2020 às 08:36**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **22/12/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE SUAPE (BAIRRO), 1, ROTA DO ATLÂNTICO -INDUSTRIAL SUAPE** - Bairro: **CENTRO - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROX.A PÇA. DO PEDÁGIO**
Local do Fato: **OUTRO LOCAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
GENILDO CORDEIRO DA SILVA (OUTRO)
ADEMI ISIDIO SERGIO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ADEMI ISIDIO SERGIO

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **OUTRAS PROFISSÕES**

GENILDO CORDEIRO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **OUTRAS PROFISSÕES**

ADEMI ISIDIO SERGIO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSÉ MESQUITA** Pai: **ANTONIO ISIDIO SERGIO** Data de Nascimento: **24/7/1978** Naturalidade: **CABO DE SANTO AGOSTINHO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE PONTE DOS CARVALHOS (BAIRRO), 185, RUA BELA VISTA - CEP: 55000-000**
- Bairro: **PONTE DOS CARVALHOS - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL, PROX. COLÉGIO ZUMBI DOS PALMARES**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GENILDO CORDEIRO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ADEMI ISIDIO SERGIO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

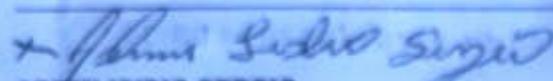
13/01/2020 10:11

Placa: KHE9357 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 209252022 Chassi: 9C2JC4120AR089080
Ano Fabricação/Modelo: 2010/2010 Combustível: GASOLINA
Descrição: MODELO FAN 125

Complemento / Observação

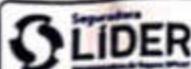
MARCOU PRESENÇA NO DIA DE HOJE, NESTA UNIDADE POLICIAL O SR. ADEMI ISIDIO SERGIO, NARRANDO O SEGUINTE ACONTECIMENTO, QUE NO DIA Vinte E DOIS DE DEZEMBRO DO ANO PASSADO, PELO PERÍODO DA TARDE, QUANDO O MESMO PILOTAVA A MOTO JÁ DESCRITA ANTERIORMENTE, NO SENTIDO CABO Á GAIBU, QUE QUANDO TENTOU DESVIAR DE UM CACHORRO QUE ATRAVESSAVA NA ESTRADA, PRÓXIMO AO PÇA. DO PEDÁGIO, VEIO A CAIR, CAUSANDO NO MESMO FRATURA EXPOSTA CONDILO FEMURAL LATERAL ESQUERDO, SENDO SOCORRIDO PELOS FUNCIONÁRIOS DO PEDÁGIO, LEVANDO-O PARA A UPA DE IPOJUCA E POSTERIORMENTE PARA O HOSPITAL DOM HELDER, SENDO ATENDIDO PELO DR. IGOR ABUTRAB CRM - PE 27778M ATENDIMENTO(REGISTRO) 123286

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



ADEMI ISIDIO SERGIO
(VITIMA)

B.O. registrado por: IVANILDO LUIZ BARBOSA - Matrícula: 3848884



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - NIF do sinistro ou AIL:

3 - CPF da vítima:

023 546 074 58

4 - Nome completo da vítima:

Ademir Líder Sergio

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Ademir Líder Sergio	6 - CPF: 023 546 074 58
7 - Profissão: xame	8 - Endereço: rua Belo Vista
9 - Número: 385	10 - Complemento: C
11 - Bairro: ibnk dos Cordeiros	12 - Cidade: Colombópolis
13 - Estado: PR	14 - CEP: 54.530-735
15 - E-mail:	16 - Tel (DDD): (43) 3923-6103

DADOS CADASTRAIS	
17 - Nome completo do Representante Legal:	
18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).	
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	
<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00
<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0047	CONTA: 93452
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	
(Informar o dígito se existir)	
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.	

INVALIDEZ
PERMANENTE

- 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:
- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:
30 - Vítima deixou nascituro (ainascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34

Vídeo digitalizado
bem legível
e com rogo

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data,

Cobrad Santo Domingo 22 de maio 2020
Ademir Líder Sergio

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADEMI ISIDIO SERGIO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00047

CONTA: 000000043452-1

Nr. da Autenticação BF1DCB2B55B52631

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvíndia 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 móveis

DADOS DO CLIENTE ADEMIR ISIDIO SERGIO CPF: 023.546.074-58	DATA DE VENCIMENTO 05/06/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 28/04/2020 DATA DA APRESENTAÇÃO 28/04/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 106520305	CONTA CONTRATO 004001165165 Nº DO CLIENTE 2001768339 Nº DA INSTALAÇÃO 0000555346
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA BELA VISTA 185 C PONTE DOS CARVALHOS/PONTE DOS CARVALHOS 54580-735 CABO DE SANTO AGOSTINHO PE			
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br			

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)					
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	77,00	0,43299956	33,34					
Consumo Ativo(kWh)-TE	77,00	0,36417065	28,04					
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,29					
ICMS Subvenção-CDE-NF 098583944-27/02/20			0,58					
PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-8960 0800 031 8989			0,98					
TOTAL DA FATURA			65,23					
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS	PIS	COFINS						
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO
61,38	25,00	15,34	61,38	1,10	0,67	61,38	4,99	3,06

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,29838000
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,25095000

HISTÓRICO DO CONSUMO

Mês	Ano	Consumo (kWh)
ABR	20	77
MAR	20	86
FEV	20	90
JAN	20	30
DEZ	19	30
NOV	19	58
OUT	19	96
SET	19	70
AGO	19	94
JUL	19	102
JUN	19	52
MAI	19	30
ABR	19	30

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh	DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
000000000030353595	CAT	27/03/2020	18.688,00	28/04/2020	18.765,00	32	1,00000	0,00	77,00	fev/2020					
DIC-No.de horas sem Energia PONTEZINHA 0,00 5,19 10,38 20,77															
FIC-No.de vezes sem Energia 0,00 3,23 6,47 12,95															
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua 0,00 2,94 0,00 0,00															
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico Limite DICRI: 12,22															
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 22,97															
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.															

INFORMAÇÕES IMPORTANTES								NÍVEIS DE TENSÃO				
Pague no ponto mais perto de você! Ia em morais tend tudo: rua severino jose feliciano v. teatologo barreto jr / w. da silva pereira e cia ltda: av prefeito diomedes ferreira melo 189 ponte dos carvalhos lista completa em www.celpe.com.br ."								TENSÃO NOMINAL(V)				
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br .								LIMITE DE VARIAÇÃO(V)				
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.								MÍNIMO				
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.								MÁXIMO				
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês								220				
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.								202				
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.								231				
Coronavírus. Saiba como proteger você e sua família. Acesse saude.gov.br/coronavirus								AUTENTICAÇÃO MECÂNICA				

DESTAQUE AQUI	TALÃO DE PAGAMENTO			
CONTAS PAGAS	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
CONTAS PAGAS	04/2020	0,00	05/06/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 22/12/2019 17:35



Nome Paciente: ADEMI ISIDIO SERGIO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 24/07/1978
Sexo: Masculino
Idade: 41 anos
Senha: 0042
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 22/12/2019 17:56 - 22/12/2019 18:01

DEBORA DA COSTA CARVALHO JUSTINO - COREN: 477629 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: NÃO URGENTE - VERDE

Cor: VERDE

Queixa Principal: PACIENTE VEIO ENCAMINHADO DA UPA DE IPOJUCA COM SENHA 5843291 PARA AVAL.
COM O ORTOPEDISTA. APRESENTA FRATURA EM CONDILÔ LATERAL DE FEMUR E
BASE DE 5º METATARSO

Observação: DM-
HAS-
ALERGIAS:NEGA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEAS, VÔMITOS, CRISE CONVULSIVA OU
FERIMENTO PERFORANTE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:
- RÉGUA DE DOR: 4
- ESCALA DE GLASGOW: 15
- PAD: 80.00 MMHG
- PAS: 120.00 MMHG

Acolhido(a) por: DEBORA DA COSTA CARVALHO JUSTINO - COREN: 477629 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 22/12/2019 18:01

Atendimento: 540352

Data e Hora: 22/12/2019 18:08

Senha da Classificação:

0042

Paciente: 123286 ADEMI ISIDIO SERGIO

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 24/07/1978 Idade: 41 anos

Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe:: MARIA JOSE MESQUITA

Nome do Pai: ANTONIO ISIDIO SERGIO

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: LJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Endereço: AVENIDA AGUAS COMPRIDAS - GAIBU

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: CABO DE SANTO AGOSTINHO PE

Usuário Atendimento: JOCILENEON

RG (Identidade): 5132862

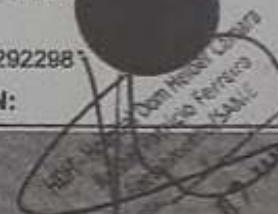
SSP PE

Data de Emissão:

Fone: 983292298

Data de Emissão CRN:

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 02354607458



Cartão SUS:

RESUMO DE TRATAMENTO

Pe _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

Mau humor com dor de estomago forte e constipação

Exame Físico

Palpação abdominal dolorosa /
Luzes de bactérias intestinais /
Fibras de 8-10 cm

Háuse Diagnóstico

Inflamação da parede do estômago

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

ATENDIMENTO: 26 - Jan + am 10:00hrs
- Cetotofen 25 - 100 + am 10:00hrs
- GAT - Jan fm 10:00

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE
LEITO DO PACIENTE

Carimbo/Médico

Abraham Ferreira
SBOT 13098/ISBQOC
CRM 17411

Dr. Bruno Coimbra

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 540353

Data e Hora do Atendimento: 22/12/2019 18:48

Usuário do Atendimento: MARIZAMSS

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: ADEMI ISIDIO SERGIO

Prontuário: 123286

Nome da Mãe: MARIA JOSE MESQUITA

Nome do Pai: ANTONIO ISIDIO SERGIO

Data do Nascimento: 24/07/1978

Idade: 41 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG: 5132862

SSP PE Data Emissão:

CPF: 02354607458

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) COMPLETO

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: MOTORISTA

Endereço: AVENIDA AGUAS COMPRIDAS

CENTRO

Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

PE

CEP: 54510907

Fone: 983292298

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: OUTRAS UNIDADES

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 05

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, 22/12/2019

Assinatura e R.G. do Responsável:

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta:

mei Helder

Diagnóstico:

Fract. exposta. Cominio Femoral Ldt. Ex -

Procedimento:

col. CI PDDPLACA CAMULADA DEXCIATZEG

Alta em: 03 / 01 /2020

Hora: 12:00h

Dr. Igor Aburab

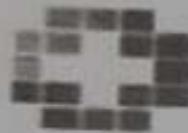
Médico e C.R.M:

Ortopedia/Traumatologia

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

CRM-PE: 17726

Assinatura e R.G:



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 3/1/2020 12:00

Evolução Enfermaria ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: ADEMI ISIDIO SERGIO

REGISTRO: 123286

IDADE: 41

DATA ADMISSÃO: 22/12/2019

DATA ALTA: 03/01/2020

Evolução Clínica
ALTA ORTOPEDIA

HD: FRATURA EXPOSTA CONDILÓ FEMURAL LATERAL ESQUERDO

CD: LIMPEZA CIRÚRGICA + FICAÇÃO COM PERCUTÂNEA COM PARAFUSO
CANULADO 7.0

PCT EM BOM ESTADO GERAL APÓS TTO CIRÚRGICO. NO MOMENTO EM BOM
ESTADO GERAL, FERIMENTO SEM SAÍDA DE SECREÇÃO PURULENTAS. SEM SINAIS
INFECCIOSOS

EXAME FÍSICO:

1) EGR/AAA/LOTE/EUPNEICO

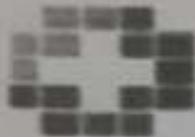
2) GLASGOW 15

3) NERUOVASCULAR (+)

ALTA SOB ORIENTAÇÃO DR IJACIEL

- CONDUTA :
- ALTA PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL + FISIOTERAPIA
- ORIENTAÇÕES AO PCTE E FAMÍLIA SOBRE CUIDADOS, RISCOS E RETORNO
- MEDICAÇÃO PARA CASA
- RETORNO AMBULATORIAL
- ATESTADO
-

Dr. Igor Abudrak
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE: 27778



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

2/1/2020 11:28

Evolução Enfermaria Ortopedia e Traumatologia

Nome: ADEMIR ISIDIO SERGIO		
	ENFERMARIA/ LEITO 406-2°	REG: 123058

406-2

Evolução Clínica

Evolução
Fratura exposta de femur distal esq

Paciente com queixa de dor em mid, fo seca e lima. Aguarda TTO cirúrgico definitivo

- 1) EGR/AAA/LOTE/EUPNEICO
- 2) GLASGOW 15
- 3) NEUROVASCULAR +

Conduta:
ao bloco cirúrgico

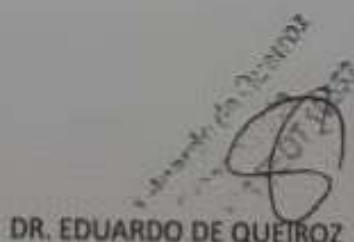
Or. 100 Anutras
ortopedia/traumatologia
CRM PE-27776

EVOLUÇÃO MÉDICA

DATA: 1/1/2020 09:40

DATA: 12/12/2019	SETOR: TRO	LEITO: 406-2	ALERGIAIS: nega
NOME: ADEMIR ISÍSIO SERGIO		DATA DE NASC: 24/07/1978	IDADE: 41 ANOS
NOME SOCIAL:		REGISTRO: 123286	ATENDIMENTO: 540353
NEFROPATIA: [] SIM [X] NÃO	HEPATOPATIA: [] SIM [X] NÃO		ACESSO CENTRAL:
UIPE ASSISTENTE: [] CLÍNICA MÉDICA (X) ORTOPEDIA () CIRURGIA GERAL () CARDIOLOGIA			

EVOLUÇÃO	POSOP DE EXPOSTA DE JOELHO. AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA
CONDUTA	1. MANTENHO ATB



DR. EDUARDO DE QUEIROZ

CRM 14508



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

31/12/2019 09:46

Evolução Enfermaria Ortopedia e Traumatologia

NOME: ADEMIR ISIDIO SERGIO

ENFERMARIA/ LEITO 406-2'

REG: 123058

406-2

Evolução Clínica

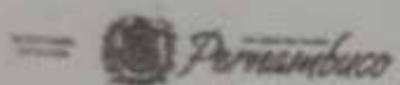
Evolução
Fratura exposta de fêmur distal esq

Paciente com queixa de dor em mid, fo seca e lima. Aguarda tto cirúrgico definitivo

- 1) EGR/AAA/LOTE/EUPNEICO
- 2) GLASGOW 15
- 3) NEUROVASCULAR +

CONDUTA:
AO BLOCO CIRÚRGICO

Dr. Igor Abutrab
Ortopedista/Traumatologista
CRM-PE: 27778



Anotações do Técnico em Enfermagem

Nome: Edilma da silva D. Nasc.: _____ Registro: 223386
 Clínica: Clínicas Enfermaria: OK Leito: 006-02
 Diagnóstico: pecu Data: 02/01/10

Plantão Diurno PA

Estado Geral:

Dieta: VO(✓) SNE() GTT() Dieta zero()

Padrão respiratório: espontâneo(✓) AVM() VNI() Cat. 02() Venturi()

Acesso Venoso: Periférico(✓) Central() Local: _____ Data da troca: _____

Drenos: Sim() Não()

Diurese: Espontânea(✓) SVD() Outros: _____ Evacuação: Presente() Ausente()

Observações:

Alta: Transferência() Local: _____ Melhorada() Óbito() Evasão()

Técnico em Enfermagem: Recebo paciente em E6K, consciente orientado, orientado, atendeu adequadamente, sem nenhuma queixa, final de término do efeito anestésico.

Horário	SINAIS VITAIS					CONTROLE HÍDRICO							
	HGT	FC	PA	SAT O ₂	TEMP	DIETA	NPT	HDT	MEDIC	TRANS	PRODUR	EVAC	HDL
E	F	P	E	R	E	U	U	U	U	U	U	U	U
06													
09													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													



CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES
Registro: 123286
Nome: ADEMIR ISIDIO SERGIO
Mãe: MARIA JOSE MESQUITA
End: AVENIDA AGUAS COMPRIDAS
Enferm: 406 - 02 - LT CIRÚRGICA

Atendimento: 540353

Leito: 878

Dt Cad: 22/12/2019
Dt Nasc: 24/07/1975
Bairro: CENTRO
Cidade: CASO DE SANTO AGOSTINHO
CNS: 704705763334231

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- Confirmação sobre o paciente
 - Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado
 - Consentimento informado realizado
- Sílio 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 02PM

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?
Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? ± 2h
- Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente?
- Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico?

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- Sim
- Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

- Sim
- Não se aplica

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

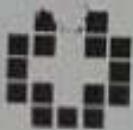
- Nome do procedimento realizado 990
- A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica)
- Biópsias estão identificadas com o nome do paciente
- Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido Nâo
- O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente

Laring. Frat. fermez

(E)

OP

Ped-09/ SRPA



1. Identificação

Leito da SRPA:

(1)

Nome: Ademir Izidro data: 02/01/20 Hora: 16:45 Registro: J23286

Leito de origem:

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: TACP: Sutura de ferida E

Tipo de anestesia: LA + Sedação

Equipe: DR: Marcella Machado Anestesista: DR: Emilie

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: m 5 E

Acesso Venoso Central: () Não () Sim Onde: _____

Drenos: () não () sim Onde: _____

Sinais vitais: PA: 110x70 mmHg FR: 11 p/min FC: 52 p/min SaPO2: 100%

Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	110x70	110x65	110x76	114x74	107x59	
FR	13	12	19	12	13	
FC	53	56	67	63	65	
SaPO2	100%	99%	98%	100%	99%	
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

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

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

Data: _____ Horário: _____ Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico: _____

Terra L. Silva
Médico
CRM-MG 100000

CÓD: 38398

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
8. Desidratação ()	<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspectos da diurese a cada / h <input type="checkbox"/> Avaliar e registrar umidade de mucosa <input type="checkbox"/> Registrar a existência de distúrbios c e eliminação urinária <input type="checkbox"/> Registrar turgor e elasticidade da pele <input type="checkbox"/> outros <input type="checkbox"/> Registrar aspectos e quantidade de episódios <input type="checkbox"/> Verificar posicionamento da SNG/SNE <input checked="" type="checkbox"/> Manter decúbito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada <input type="checkbox"/> Outros	
9. Êmese () Náusea ()		
10. Temperatura Corporal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Elevado	<input type="checkbox"/> Aferir temperatura de / h e comunicar se estiver abaixo de 35º C ou acima de 37ºC <input type="checkbox"/> Em caso de hipotermia aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica <input type="checkbox"/> Em caso de hipertermia retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente <input type="checkbox"/> Outros <input checked="" type="checkbox"/> Aferir sinais vitais a cada / min. <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar coloração e umidade da pele <input type="checkbox"/> Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O. Verificar sinais como: <input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia; <input checked="" type="checkbox"/> Palidez cutânea; <input type="checkbox"/> Pulso irregular; <input checked="" type="checkbox"/> Pele fria; <input type="checkbox"/> Perda da Consciência Outros	
11. Choque Hipovolêmico ()		
12. Risco de Infecção ()	<input checked="" type="checkbox"/> Identificar procedimentos invasivos e ogo após sua realização <input checked="" type="checkbox"/> Registrar e anotar sinais flogísticos Local: F.O., AVP <input checked="" type="checkbox"/> Examinar F.O. e registrar alterações: <input type="checkbox"/> dor; <input type="checkbox"/> Calor; <input checked="" type="checkbox"/> Rubor; <input checked="" type="checkbox"/> Edema. <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Outros	

G - Sonda Nasogástrica

PA - Pressão Arterial

FC: Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso Enteral

HGT - Hemoglicoteste

AVP - Acesso Venoso Periférico

ENFERMEIRO(A) - D -	ENFERMEIRO(A) - N -	TEC. EM ENFERMAGEM - D -	TEC. EM ENFERMAGEM - N -
ASSINATURA E CARIMBO		ASSINATURA E CARIMBO	



Nome: Ademir Júnior		Registro: 13286	Leito:
Procedimento cirúrgico: Tumor ósseo lumbar		Data: 02/10/10	Hora:
DIAGNÓSTICO		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
1. Ansiedade ()		<input checked="" type="checkbox"/> Encorajar verbalização dos sentimentos e medos <input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar apoio emocional <input checked="" 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 sempre que necessário <input type="checkbox"/> Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz <input type="checkbox"/> Manter o paciente em posição de Fowler <input type="checkbox"/> Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR <input type="checkbox"/> Instalar () Manter () Anotar oximetria de pulso <input type="checkbox"/> Outros	
3. Padrão de eliminação urinária () Diminuído () Aumentado		<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ____/____ h <input type="checkbox"/> Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen) <input type="checkbox"/> Colocar o paciente em posição de Fowler <input type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição <input type="checkbox"/> Registrar se: () Dor ao urinar <input type="checkbox"/> Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea <input type="checkbox"/> Outros	
4. Dor () Local: () Leve () Moderada () Severa		<input checked="" type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente <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 intensidades da dor <input type="checkbox"/> Outros <input checked="" type="checkbox"/> Descrever características da lesão <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo a cada 24/48 h <input type="checkbox"/> Realizar mudança de deúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação <input type="checkbox"/> Medir débito de dreno de ____/____ h <input checked="" type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por ____ h <input type="checkbox"/> Outros	
5. Integridade tissular prejudicada ()		<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de ____/____ min <input type="checkbox"/> Manter elevado: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo oclusivo <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Pinçar dreno ao manusear o paciente <input type="checkbox"/> Avaliar mobilização de dreno (Tracionado) <input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição: _____	
6. Sangramento () Local: () Leve () Moderada () Severo			
7. Imobilidade no leito prejudicada ()			

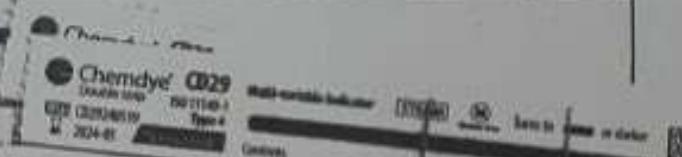
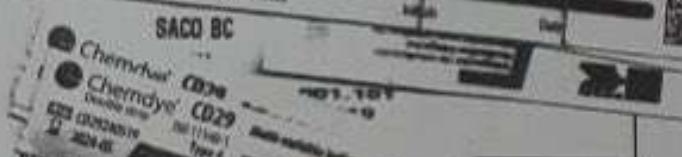
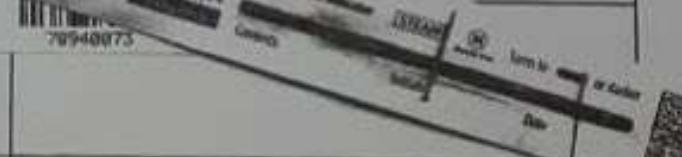
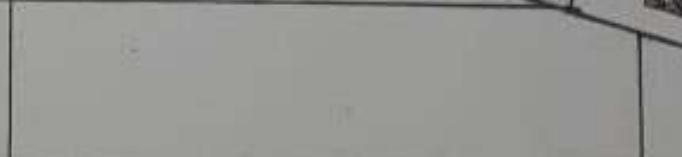
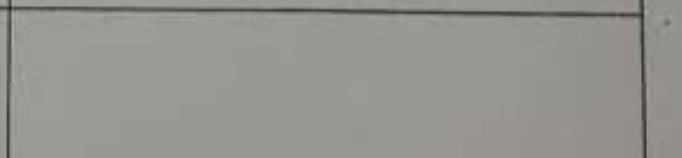
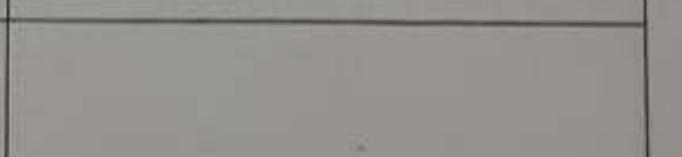
IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

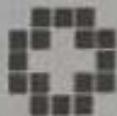
Nome: Ademir Ismael singis Data: 02/01/2020 Registro: 123236
 Convênio: SUS Leito: _____ Hora: 14:30

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. Marcelo Maia Velloso 1º auxiliar: _____
 Anestesista: Dr. Tomásia Instrumentador: Lanuzo
 Circulante: Fábio

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
Lap capote	11/01/2020 02	
Punho de foco	11/01/2020 02	
Cx comodado F.O	11/01/2020 02	
motor stryker	11/01/2020 02	
	11/01/2020 02	
	11/01/2020 02	
	11/01/2020 02	
	11/01/2020 02	

CÓD. 38236



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: Adriana Soárez singue Data: 02/01/2020 Registro: 123266
Convênio: SUS Leito: _____ Hora: 14:30

2. Equipo médica:

Cirurgião: Dr. Mirello, Maestro 1º auxiliar: _____
Anestesista: Dr. Fábio Instrumentador: Lúcio
Circulante: E. M. J.

CÓD. 38236

HOSPITAL
DOM HELDER CAMARA

HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA

FICHA DE ANESTESIA



Registro: 123286
 Nome: ADEMI ISIDIO SERGIO
 Mãe: MARIA JOSE MESQUITA
 End.: AVENIDA AGUAS COMPRIDAS N°
 Enferm.: 405 - 02 - LT CCIRURGICA

Atendimento: 540353
 Leito: 678
 Dt. Cad: 22/12/2019
 Dt. Nasc: 24/07/1978
 Bairro: CENTRO
 Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO
 CNS: 704706763334231

Sexo: M Cor: Pd Idade: 41 Risco: ASA DATA: 02, 04, 20

CRM: 17271 Anestesista: Maria Emilia Cirurgião: Marcelo Machado

Medicação Pré-Anestésica: Não Urgência: Não Sim

Cirurgia: Tto cirúrgico fratura de fêmur

Hora: 10:45

O₂

N₂O

Liquidos

1000 1000 1000

SaO₂: 97% ETCO₂

ECG: ASR, R-R 1000ms, ST 10ms, PR 180ms, QT 380ms

DIU:

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

Andanças

Técnica Anestésica

<input type="checkbox"/> Acompanhamento Respiração	<input type="checkbox"/> Espontânea	FR _____
<input checked="" type="checkbox"/> Sedação	<input type="checkbox"/> Controlada	PIT _____
A-Geral	<input type="checkbox"/> PCV	PEEP _____
EV	<input type="checkbox"/> VCV	FIO2 _____
Inhalatória	<input type="checkbox"/> Suporte	Bloqueio _____
Balneoterapia	<input type="checkbox"/> IOT	<input checked="" type="checkbox"/> Requi.
A.G. + Bloqueio	<input type="checkbox"/> INT	<input type="checkbox"/> Per _____
Metodo	<input type="checkbox"/> ML	<input type="checkbox"/> IP Brachial
Vascular	<input type="checkbox"/> Traquio.	<input type="checkbox"/> Cateter SC/TH
Avaliação		

OBS: Venoclux HIE

Drogas

- SRPA
- Apert./End.
- UTI
- Extremo
- Encaminhado
- Acordado
- Sonolento
- Intubado
- Drogas
- Viscosivas

Balanço hídrico final:

Péndas:

Agum _____

Pentes Insensíveis _____

Diárias _____

Sacamento _____

Intercorrências: Sim Não

Monitorização

- Cardiologia
- Oxímetro
- PM
- Gonda Visual
- Capnógrafo
- Estet. Pre-Cordial
- Oclusa
- BIS
- Temperatura
- Swan-Ganz
- Analisador Gases
- PVC
- Estimulador de Nervo
- Linha Arterial
- PP/VG

Ganho
P1 _____
SF0.9% _____
14 JAN. 2020

Assinatura do Anestesiista

Dra. Maria Emilia Coelho
CRM 17271
COP 0123456789
CRM 17271

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

Declaro que fui informado(a) quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento anestésico no qual sou submetido neste estabelecimento.

Informo à médica anestesiologista abaixo identificada, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente cadastrados em esta instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico:

seguinte alternativa anestésica:

Declaro ainda que:

a) Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s) será necessário o emprego de anestesia, cujas técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesiologista. A(s) alternativa(s) de procedimento anestésico indicadas para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações me foram explicadas satisfatoriamente.

Fui esclarecido de que a anestesia envolve procedimentos invasivos e que podem ocorrer lesões que na maioria das vezes são irreversíveis. Raramente ocorrem sequelas permanentes, mas podem ocorrer, mesmo que o procedimento tenha sido realizado com o mais rigoroso padrão técnico. Assim como fui esclarecido, também, de que a resposta à administração de medicamentos é individual e que a ocorrência de efeitos colaterais ou indesejados é imprevisível.

c) Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis nesta instituição.

d) Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão sanguínea, caso ocorram situações imprevistas que demandem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

e) Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anestesiologista sobre condições pré-existentes, os medicamentos em uso, cirurgias realizadas, complicações anestésicas e reações alérgicas anteriormente apresentadas e, também, sobre o tempo decorrido de jejum (desde a última refeição/ingestão de líquidos).

f) Fui informado(a) pela equipe médica de que o tabagismo, o uso de drogas entorpecentes, tais como cocaína, maconha, anfetaminas, e outras como o álcool são fatores que podem trazer prejuízo ao procedimento e/ou tratamento. Fui informado, também, das complicações que podem advir do uso destas substâncias.

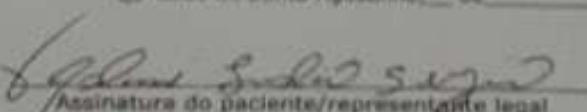
Confirmo que recebi explicações, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse.

PACIENTE / RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Adelmir Silveira Siqueira RG: 5132862

Data de nasc.: 24/07/1978 Grau de parentesco:

Cabo de Santo Agostinho, de _____ de 20_____.


Assinatura do paciente/representante legal

Preenchimento Obrigatório Médico

Eu, _____, CRM: _____, médico responsável pelo esclarecimento do procedimento, prestei todas as orientações necessárias e solicitadas pelo paciente referente ao termo de consentimento informado.

Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento informado, por tratar-se de situação de Emergência

Cabo de Santo Agostinho, de _____ de 20_____

Assinatura / Carimbo do médico

Rodovia BR 101 Sul – KM 28, Cabo de Santo Agostinho – PE; CEP 54510-000

Fone: 3183-0000

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

Página: 0001
Data: 02/01/2020
Hora: 15:52

Aviso de Cirurgia: 44696
Paciente: 123286
Convênio Atend.: 1
Leito: 678
Dt. Início: 02/01/2020 15:00
Dt. Fim: 02/01/2020 15:51
Cid Pré-Operatório:
Cid Pos-Operatório:

Sala: 0008 TEMPORARIA 03
ADEMI ISIDIO SERGIO
SUS - INTERNACAO
406 - 02 - LT CCIRURGICA

Atendimento: 540353
Carteira:
Idade: 41 Anos

Procedimento: 0408050519 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 86 RAQUI ANESTESIA + SEDACAO

CIRURGIAO 16548 MARCELO HENRIQUE DE MELO LUNA MACHADO
ANESTESISTA 17271 MARIA EMILIA COELHO COSTA CARVALHO

Descrição Cirúrgica:

FRATURA CONDIL FEMURAL LATERAL ESQUERDO
CIRURGIA PROPOSTA: OSTESOSSINTSE PERCUTANEA COM CANULADOS 7
CIRURGIAO: MARCELO MACHADO
ANESTESISTA: EMILIA

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS;
4. 3 INCISÕES DE PELE DE 1CM NA FACE LATERAL DO CONDIL JOELHO ESQUERDO;
5. REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA INTERCONDILEANA E FEITO FIXAÇÃO COM FIOS ROSQUEADOS;
6. CONTROLE COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS;
7. FIXAÇÃO DEFINITIVA COM 3 PARAFUSOS CANULADOS 7 + 3 ARRUELAS;
8. CONTROLE COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS;
9. LIMPEZA COM SF 0,9%;
10. SUTURA;
11. CURATIVO;
12. RX CONTROLE.

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DR(A) MARCELO HENRIQUE DE MELO LUNA MACHADO

CRM: 16548

Termo de Consentimento	Assinatura do documento:	Emissão:
TERMO DE CONSENTIMENTO	TCE_091	17/04/2019
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO		Versão número:
Assinatário/pela autorização: Bruna Melo	Assinatário/pela aprovação: Dr. André Sandálio	Protocolo: 03

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PARA PROCEDIMENTOS EM GERAL -

O presente termo tem o objetivo de cumprir o dever ético de declaração do paciente e/ou responsável, de recebimento de informações quanto aos principais aspectos relacionados ao tratamento, assistência clínica, medicamento ou procedimento ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Dom Helder Câmara.

Paciente

Responsável

Autorizo o Dr.(a) _____ credenciado(a) _____

pelo Hospital Dom Helder Câmara, a realizar o(s) seguinte(s):

Tratamento: _____

Assistência clínica: _____

Procedimento: _____

Exame: _____

ou

e que serão submetido.

Declaro que estou ciente dos benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis que me foram explicadas claramente pelo médico, Dr.(a) _____, CRM: _____ e que tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no Hospital para se obter o melhor resultado.

Estou ciente de que podem ocorrer complicações durante o Tratamento/Assistência Clínica/Procedimento ou Realização de exame, assim como poderá ser necessária a modificação da proposta inicial em virtude de situações imprevistas.

Confirmo que recebi explicações, comprehendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse.

PACIENTE RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Wallenfon do Nascimento

RG: _____

Data de nasc.: _____

Grau de parentesco: Filho

Cabo de Santo Agostinho, 21 de Dezembro de 2019

Wallenfon do Nascimento
Assinatura do paciente/representante legal

Preenchimento Obrigatório Médico

Eu, _____, CRM: _____, médico responsável pelo esclarecimento do procedimento, prestei todas as orientações necessárias e solicitadas pelo paciente referente ao termo de consentimento informado.

Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento informado, por tratar-se de situação de Emergência

Cabo de Santo Agostinho, _____ de _____ de 20_____

Ijaciel Soárez
CRM: 101.1402
Assinatura / Carimbo do médico

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PARA PROCEDIMENTOS EM GERAL -

O presente termo tem o objetivo de cumprir o dever ético de declaração do paciente e/ou responsável, de recebimento de informações quanto aos principais aspectos relacionados ao tratamento, assistência clínica, medicamento ou procedimento ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Dom Helder Câmara.

Paciente

Responsável

Autorizo o Dr.(a) _____ credenciado(a) pelo Hospital Dom Helder Câmara, a realizar o(s) seguinte(s):

- Tratamento: _____
 Assistência clínica: _____
 Procedimento: _____ ou _____
 Exame: _____
 a que serei submetido.

Declaro que estou ciente dos benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis que me foram explicadas claramente pelo médico, Dr.(a) _____, CRM: _____ e que tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no Hospital para se obter o melhor resultado.

Estou ciente de que podem ocorrer complicações durante o Tratamento/Assistência Clínica/Procedimento ou Realização de exame, assim como poderá ser necessária a modificação da proposta inicial em virtude de situações imprevistas.

Confirme que recebi explicações, comprehendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse.

PACIENTE / RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Ademil Sidio Súrgio RG: 5132862

Data de nasc.: 24/07/1973 Grau de parentesco: _____

Cabo de Santo Agostinho, de _____ de 20____

Assinatura do paciente/representante legal

Preenchimento Obrigatório Médico

Eu, _____ CRM: _____, médico responsável pelo esclarecimento do procedimento, prestei todas as orientações necessárias e solicitadas pelo paciente referente ao termo de consentimento informado.

- Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de Emergência

Cabo de Santo Agostinho, de _____ de 20____

Assinatura / Carimbo do médico

Rodovia BR 101 Sul – KM 28, Cabo de Santo Agostinho – PE; CEP 54510-000
Fone: 3183-0000

Tipo do documento: TERMO DE CONSENTIMENTO	Número do documento: TER_001	Emissão: 17/04/2019
Título: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO		Verão número: 001
Responsável pela elaboração: Bruna Melo	Responsável sobre execução: Dr. André Sannino	Revisão: 00

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ANESTESIA

Declaro que fui informado(a) quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento anestésico ao qual serei submetido nesta instituição.

Autorizo o médico anestesiologista abaixo identificado, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente cadastrados por esta instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico.

Declaro ainda que:

- a) Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesiologista. A(s) alternativa(s) de procedimento anestésico indicadas para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações me foram explicadas satisfatoriamente.
- b) Fui esclarecido de que a anestesia envolve procedimentos invasivos e que podem ocorrer lesões que na maioria das vezes são temporárias. Raramente ocorrem lesões permanentes, mas podem ocorrer, mesmo que o procedimento tenha sido realizado sob o mais rigoroso padrão técnico. Assim como fui esclarecido, também, de que a resposta à administração de medicamentos é individual e que a ocorrência de efeitos colaterais ou indesejados é imprevisível.
- c) Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis nesta instituição.
- d) Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anestesiologista sobre doenças pré-existentes, os medicamentos em uso, cirurgias realizadas, complicações anestésicas e reações alérgicas anteriormente apresentadas e, também, sobre o tempo decorrido de jejum (desde a última refeição/ingestão de líquidos).
- e) Fui informado(a) pela equipe médica de que o tabagismo, o uso de drogas entorpecentes, tais como cocaína, maconha, anfetaminas, e outras como o álcool são fatores que podem trazer prejuízo ao procedimento e/ou tratamento. Fui informado, também das complicações que podem advir do uso destas substâncias.

Confirmo que recebi explicações, comprehendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse.

 PACIENTE / RESPONSÁVEL LEGAL

Nome:

RG:

Data de nasc.: _____

Grau de parentesco:

Cabo de Santo Agostinho, 20 de outubro de 2019

Assinatura do paciente/representante legal

Preenchimento Obrigatório Médico

Eu, _____, CRM: _____, médico responsável pelo esclarecimento do procedimento, prestei todas as orientações solicitadas pelo paciente referente ao termo de consentimento informado.

- Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento informado, por tratar-se de situação de Emergência

Cabo de Santo Agostinho, 20 de 2019

Assinatura / Carimbo do médico

Rodovia BR 101 Sul – KM 28, Cabo de Santo Agostinho – PE; CEP 54510-000
Fone: 3183-0000

TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

NOME:		DATA NASC.:	
REGISTRO:		HORA:	
SETOR DE ORIGEM:		SETOR DE DESTINO:	

S	Situação (Enfermagem)	Nível de Consciência: _____ PA: <u>140x80</u> Peso: <u>77</u> - Temp: <u>36,5</u> PR: <u>18</u> - Oximetria: <u>100</u> Padrão respiratório: <input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Suporte de O2 <input type="checkbox"/> CaisO2 <input type="checkbox"/> NRB <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> Traqueo VM <input type="checkbox"/> Traqueo NRB Intercorrência nas últimas 24h: _____
M	Base de decisão (médicos)	Breve relato do caso: _____ Antibiótico profilático: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Antibiótico terapêutico: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____ Hora: _____ Drogas Vasoativas: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____ Prognóstico: <input type="checkbox"/> Crônico <input type="checkbox"/> Não Crônico Nutrição: <input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Dieta _____
A	Análise (Enfermagem)	Dispositivos Invasivos: Cateter central ()Não <input type="checkbox"/> Sim // SVD <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Alergia: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____ Hemoderivados: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____ Medicação de uso contínuo: _____ Riscos: <input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Flebite <input type="checkbox"/> Outras: _____ Grau de Complexidade: <input type="checkbox"/> Crítico <input type="checkbox"/> Semi Crítico <input type="checkbox"/> Alta dependência <input type="checkbox"/> Intermediário <input type="checkbox"/> Mínimo
R	Recomendação (Enfermagem)	Exames Laboratoriais: <input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Não Coletado Qual: _____ Exames de Imagem: <input type="checkbox"/> Realizado _____ <input type="checkbox"/> Pendente _____ Curativo: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Local: _____ Isolamento: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____

Enviado por: Ass. Médico _____ Ass. Enfermeiro _____ *Doutor*

Recebido por: Ass. Enfermeiro _____ Hora: _____

TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

NOME: <u>Wander Teixeira Souza</u>		DATA NASC.: _____
REGISTRO: _____		DATA: <u>27/12/14</u>
SETOR DE ORIGEM: <u>Uro</u>		HORA: <u>10:20</u>
SETOR DE DESTINO: <u>Uro</u>		
S	Situação (Enfermagem)	Nível de Consciência: <u>2/5 com queixa de dor</u> HGT: <u>93</u> PA: <u>130x70</u> P脉: _____ Ttempo: <u>26/4</u> FR: _____ Odometria: _____ Padrão respiratório: <input checked="" type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Suporte de O2 <input type="checkbox"/> CO2 <input type="checkbox"/> NIBP <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> Traqueo VM <input type="checkbox"/> Traqueo NIBP Intercorrência nas últimas 24h: _____
M	Base do cenário (médico)	Breve relato do caso: _____ Antibiótico profilático: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Antibiótico terapêutico: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Qual: _____ Horário: _____ Drogas Vasoativas: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Qual: _____ Prognóstico: <input type="checkbox"/> Crônico <input checked="" type="checkbox"/> Não Crônico Nutrição: <input type="checkbox"/> Jejun <input checked="" type="checkbox"/> Dieta _____
A	Análise (Enfermagem)	Dispositivos Invasivos: Cateter central <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim // SVD <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Alergia: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____ Hemoderivados: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Qual: _____ Medicação de uso contínuo: _____ Risco: <input type="checkbox"/> LPP <input checked="" type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Outros: _____ Grau de Complexidade: <input type="checkbox"/> Crítico <input type="checkbox"/> Semi Crítico <input checked="" type="checkbox"/> Alta dependência <input type="checkbox"/> Intermediário <input type="checkbox"/> Mínimo
R	Recomendação (Enfermagem)	Exames Laboratoriais: <input type="checkbox"/> Coletado <input checked="" type="checkbox"/> Não Coletado Qual: _____ Exames de Imagem: <input checked="" type="checkbox"/> Realizado <input type="checkbox"/> Pendente _____ Curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Local: _____ Isolamento: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Qual: _____

Enviado por: Ass. Médico _____ Ass. Enfermeiro _____

Recebido por: Ass. Enfermeiro _____ Hora: _____

Enviado por: Ass. Médico _____ Ass. Enfermeiro _____
 Data: 27/12/14 Hora: 10:20

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014804371474

VIA 1	CÓD. RENAVAM 209252022	R.N.T.R.C. *****	EXERCÍCIO 2019
----------	---------------------------	---------------------	-------------------

NOME

GENILDO CORDEIRO DA SILVA

JAB GUARARAPES-PE

0

CPF / CNPJ

PLACA

046.635.024-40

KHE9357

PLACA ANT / UF

CHASSI

***** /PE

9C2JC4120AR089000

ESPÉCIE TIPO

COMBUSTÍVEL

PAS /MOTOCICLETA

GASOLINA

MARCA / MODELO

ANO FAB. ANO MOD.

HONDA/CG 125 FAN ES

2010

2010

CAP / POT / CIL

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

29/124CL

PARTIC

PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC / COTAS

I
P
V
A

IPVA 2019 QUITADO

1^a

FAIXA IPVA.

PARCELAMENTO / COTAS

2^a

1

3^a

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

80.11

0.31 84.50

25/03/19

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

TRANSCOMUNICADORES

LOCAL JAB GUARARAPES	DATA 23/04/19
Roberto Carlos Morgaiza Fontalles	
EXPEDIDOR DIRETOR PRES	

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA
 Vítima: **Johanni Sávio Sergio**
 CPF da vítima: **023.546.074-58**
 Data do Acidente: **22/12/2019**

 Portador da documentação:
Qualificação do Portador: Vítima Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é:
 Endereço do portador:
 Número: _____ Complemento: _____ UF: _____ CEP: _____ Bairro: _____ Telefone: **(81) 9974-0111**
 Cidade: _____ E-mail: _____

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:
 Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
 Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
 Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
 CPF da vítima (cópia simples e legível)
 Relatório do médico assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (cópia simples e legível)
 Comprovantes (originais e legíveis) das despesas médicas hospitalares quitadas
 Notas fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receituário médico (cópia simples e legível)
 Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO
DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- Declaratório de Ausência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
- Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)
- Laudo do IML (cópia simples e legível)
- Declaração de Ausência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
- Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:

- Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
- Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pai ou tutor)**

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO
DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE:

- Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- CPF do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
- Comprovante de residência em nome do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
- Laudo de óbito (cópia simples e legível)
- Declaração de óbito (cópia simples e legível)
- Carteira de identidade do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
- CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
- Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Morte = R\$ 13.500,00
Morte = R\$ 13.500,00
Morte = R\$ 13.500,00
Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)
VALORES DE INDENIZAÇÕES:
Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00

- O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa
- Com base na Legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, nesse formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

PORTEADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data:

Nome:

Assinatura:

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data:

Nome:

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200193311 **Cidade:** Cabo de Santo Agostinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADEMI ISIDIO SERGIO **Data do acidente:** 22/12/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).CONSERVADOR DOS DEMAIS.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG. 5/18 _CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200193311 **Cidade:** Cabo de Santo Agostinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADEMI ISIDIO SERGIO **Data do acidente:** 22/12/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/06/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG. 5/18 _CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50