
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



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 médico-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



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, retorne 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: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 023 546 07458 3 - CPF da vítima: 023 546 07458 4 - Nome completo da vítima: Ademir Isidoro 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 Isidoro Sergio 6 - CPF: 023 546 07458
7 - Profissão: xerote 8 - Endereço: Rua Belo Vista 9 - Número: 385 10 - Complemento: C
11 - Bairro: Park das Cavalhas 12 - Cidade: Colônia de Santo Agostinho 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54.520-735
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (85) 99234013

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: ☒ RECUSO 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: 93452

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:

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) ☐ Divorçado ☐ 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 nascituro (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - 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 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Colônia de Santo Agostinho 22 de maio 2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 041ª CIRCUNSCRIÇÃO - PONTE DOS CARVALHOS
DP41ªCIRC DIM/10ªDESEC

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 ATLANTICO -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 PROFISSOES

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

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

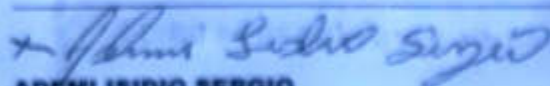
Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

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)**

Complemento / Observação

MARCOU PRESENÇA NO DIA DE HOJE, NESTA UNIDADE POLICIAL O SR. ADEMI ISIDIO SERGIO, NARRANDO O SEQUINTE 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 À GAIBU, QUE QUANDO TENTOU DESVIAR DE UM CACHORRO QUE ATRAVESSAVA NA ESTRADA, PROXIMO 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
(VÍTIMA)

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



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou AIL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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 CONTRA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 a R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 a R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 a R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: (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

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 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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 nascituro (a) (nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - 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 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 - Assinatura digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 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)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante), 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO 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: NAO URGENTE - VERDE

Cor: VERDE

Queixa Principal: PACIENTE VEIO ENCAMINHADO DA UPA DE IPOJUCA COM SENHA 5843291 PARA AVAL COM O ORTOPEDISTA. APRESENTA FRATURA EM CONDILO 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 PERFURANTE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - RÊGUA 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

Senha da Classificação:

0042

Data e Hora: 22/12/2019 18:09

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: LACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Endereço: AVENIDA AGUAS COMPRIDAS - GAIBU

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: CABO DE SANTO AGOSTINHO PE

Usuário Atendimento: JOCILENEOM

RG (Identidade): 5132862

SSP PE

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 02354607458

Fone: 983292298

Cartão SUS:

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Prontidão visual em lentes
de vidro @ + 5.00 + 1.00

Exame Físico

Prontidão de pulso + 1.00 /
Leitura de pulso irregular /
Prontidão de 8.00 + 1.00

História Diagnóstica

Prontidão de 8.00 + 1.00

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

ATENDIMENTO 24 - 1.00 + 1.00
e 2.00 + 1.00
e 3.00 + 1.00

Carimbo/Médico

Avraham Ferreira
SBOT 13098 / SBQOC
CRM 17411

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE
LEITO DO PACIENTE

Prontidão de 8.00 + 1.00

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 540353
Usuário do Atendimento: MARIZAMSS

Data e Hora do Atendimento: 22/12/2019 18:48
Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: ADEMILISIDIO SERGIO
Nome da Mãe: MARIA JOSE MESQUITA
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, 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, 22/12/2019

Assinatura e R.G. do Responsável: 

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: MELHORIA
Diagnóstico: FIBR. EXCIDA. COMPLIC. FEMURAL Ldt. Ex.
Procedimento: Qd. CI PBTAFLOCA CAMULADA PERCUTANEA
Alta em: 03 / 01 / 2020 Hora: 12:00h Dr. Igor Abutrab
Médico e C.R.M.: CRM-PE: 27778
Responsável pela retirada do paciente - Nome:
Assinatura e R.G.:

HDH - HUS - HUS - HUS
Instituto de Diagnóstico e Referencia Epidemiológica
16/07/20

14 JAN 2020

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 CLINICA
ALTA ORTOPEDIA**

HD: FRATURA EXPOSTA CONDILO FEMURAL LATERAL ESQUERDO

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

PCT EM BOM ESTADO GERAL APÓS TTO CIRURGICO. NO MOMENTO EM BOM
ESTADO GERAL, FERIMENTO SEM SAIDA DE SECREÇÃO PURULENTA. SEM SINAIS
INFECCIOSOS

EXAME FISICO:

1) EGR/AAA/LOTE/EUPNEICO

2) GLASGOW 15

3) NERVOVASCULAR (+)

ALTA SOB ORIENTAÇÃO DR IJACIEL

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

Dr. Igor Abotrab
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE: 27278



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 CLINICA

EVOLUÇÃO
FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL ESQ

PACIENTE COM QUEIXA DE DOR EM MID, FO SECA E LIMA. AGUARDA TTO CIRURGICO DEFINITIVO

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

CONDUTA:
AO BLOCO CIRURGICO

Dr. Igor Dutra
Ortopedia/Traumatologia
CRM PE: 27778



**HOSPITAL
DOM HELDER**

EVOLUÇÃO MÉDICA

DATA: 1/1/2020 09:40

DATA: 12/12/2019	SETOR: TRO	LEITO: 406-2	ALERGIAS: nega
NOME: ADEMIR ISISIO 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 CLINICA

EVOLUÇÃO
FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL ESQ

PACIENTE COM QUEIXA DE DOR EM MID, FO SECA E LIMA. AGUARDA TTO CIRURGICO DEFINITIVO

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

CONDUTA:
AO BLOCO CIRURGICO

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

Anotações do Técnico em Enfermagem

Nome: Ademir Tábilo D. Nasc: 02.06.02 Registro: 123336
 Clínica: Ortopedia Enfermaria: 5R Leito: 02
 Diagnóstico: fratura Data: 02/01/20

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 8h, consciente, orientado, hidratado, afebril, medicações conforme V.M. Recebo no 12h, em cuidados de enfermagem, final de turno do equipo anestésico.

SINAIS VITAIS

CONTROLE HÍDRICO

Horário	SINAIS VITAIS					GANHOS					PERDAS				
	HGT	FC	PA	SAT O ₂ E FR	TEMP	DIETA	NPT	HDT	MEDIC	TRANS FUSÃO	DIUR	EVAC	HDL	SONDA NASAL	
08															
09															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															



Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara
IMP Hospitalar
CNPJ: 09.036.744/0008-60

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Fundação Professor Martiniano Fernandes
IMP HOSPITALAR
CNPJ: 09.036.744/0001-54

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 123286

Nome: ADEMILSIDIO SERGIO

Mãe: MARIA JOSE MESQUITA

End: AVENIDA AGUAS COMPRIDAS

Enferm: 406 - 02 - LT CIRURGICA

Atendimento: 540353

Leito: 678

DI Cad: 22/12/2019

DI Nasc: 24/07/1978

Bairro: CENTRO

Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

CNS: 704706763334231

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 02 PM

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? $\pm 2h$

☒ 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 X

☐ Não se aplica

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

☒ Nome do procedimento realizado 980

☐ 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 Não

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

P00-001/JRPA

Luizy Just. Fêrnaz

(E)

09/01/2020



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: (C)

Nome: Ademir Izidoro data: 02/01/20 Hora: 16:45 Registro: 123286

Leito de origem: _____

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: PPCR: Gastrotomia de Tímus (E)
Tipo de anestesia: Raqui + Sedação
Equipe: DR: Marcelo Machado Anestesiista: DR: Emilio

3. Admissão

Estado geral: () Bom (x) Regular () Torporoso () Grave^a
Respiração: (x) Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () SVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não (x) Sim Onde: m. SC
Acesso Venoso Central: (x) Não () Sim Onde: _____
Drenos: (x) não () sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 110 x 70 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	<u>119 x 72</u>	<u>111 x 65</u>	<u>117 x 76</u>	<u>114 x 74</u>	<u>107 x 59</u>	
FR	<u>13</u>	<u>12</u>	<u>12</u>	<u>12</u>	<u>13</u>	
FC	<u>53</u>	<u>56</u>	<u>67</u>	<u>63</u>	<u>65</u>	
SaPO2	<u>100%</u>	<u>99%</u>	<u>98%</u>	<u>100%</u>	<u>99%</u>	
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: _____

Tereza R. Silva
Médica
CRM 2010

CÓD: 38308

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
8. Desidratação ()	() Registrar frequência, volume e aspectos da diurese a cada / h	
	() Avaliar e registrar umidade de mucosa	
	() Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária	
	() Registrar turgor e elasticidade da pele	
	() outros	
9. Êmese () Náusea ()	() Registrar aspectos e quantidade de episódios	
	() Verificar posicionamento da SNG/SNE	
	() Manter decúbito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada	
	() Outros	
10. Temperatura Corporal () Diminuída () Elevado	() Aferir temperatura de ____/____ h e comunicar se estiver abaixo de 35°C ou acima de 37°C	
	() Em caso de hipotermia aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica	
	() Em caso de hipertermia retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente	
	() Outros	
11. Choque Hipovolêmico ()	() Aferir sinais vitais a cada 15/30 min.	
	() Avaliar coloração e umidade da pele	
	() Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O.	
	Verificar sinais como: () Taquicardia; () Palidez cutânea; () Pulso irregular; () Pele fria; () Perda da Consciência	
	Outros	
12. Risco de Infecção ()	() Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização	
	() Registrar e anotar sinais flogísticos Local: <u>F.O., MUP</u>	
	() Examinar F.O. e registrar alterações: () dor; () Calor; () Rubor; () Edema.	
	() Outros	
	() Outros	

G - Sonda Nasogástrica

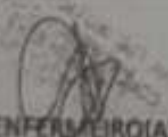
PA - Pressão Arterial

FC: Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso Enteral

HGT - Hemoglicoteste

AVP - Acesso Venoso Periférico

 ENFERMEIRO(A) - D -	ENFERMEIRO(A) - N -	TÊC. EM ENFERMAGEM - D -	TÊC. EM ENFERMAGEM - N -
------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------	--------------------------	--------------------------

ASSINATURA E CARIMBO

ASSINATURA E CARIMBO

HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARASISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
BLOCO CIRÚRGICO - SRPAGESTÃO
IMIP
HOSPITALARNome: Ademir José da SilvaRegistro: 123286

Leito: _____

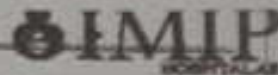
Procedimento cirúrgico: Procuração de materialData: 02/10/2020

Hora: _____

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
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 checked="" type="checkbox"/> Outros	
5. Integridade tissular prejudicada ()	<input type="checkbox"/> Descrever características da lesão <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo a cada <u>24</u> h <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito 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 <u>24</u> h <input type="checkbox"/> Outros	
6. Sangramento () Local: _____ () Leve () Moderada () Severo	<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de ____/____ min <input type="checkbox"/> Manter elevado: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo oclusivo <input type="checkbox"/> Outros	
7. Imobilidade no leito prejudicada ()	<input type="checkbox"/> Pinçar dreno ao manusear o paciente <input type="checkbox"/> Avaliar mobilização de dreno (Tração)	
	<input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição: _____	

CÓD. 28605

Breve Histórico do caso: () Coletado () Não Coletado Qual:



Exames de Imagem: () Realizado

Antibiótico profilático: () Não () Sim Antibiótico terapêutico: () Não () Sim

Curativo: () Não () Sim Local: Horário:

TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

Drogas Vasoativas: () Não () Sim Qual:

Prognóstico: () Crônico () Não Crônico

Nutrição: () Jejum () Dieta Ass. Enfermeiro

DATA NASC: 29-07-1978

DATA: 07-07-20 DATA HORA:

SETOR DE DESTINO:

Dispositivos Invasivos: Cateter central () Não () Sim // SVD () Não () Sim

Alergia: () Não () Sim Qual:

Hemoderivados: () Não () Sim Qual:

Nível de consciência: () Não () Sim Qual:

Medicação de uso contínuo: Temp: 36,5 Fm 12,0 Oxiemétrico: 97%

Risco: () LPP () Queda () Febre () Outros:

Padrão respiratório: () Ar ambiente () Suporte de O2 () CatO2 () NBZ

Grau de Complexidade: () Crítico () Semi Crítico () Alta dependência

() Intermediária () Mínimo

Intercorrência nas últimas 24h:

Breve Histórico do caso: () Coletado () Não Coletado Qual:

Exames de Imagem: () Realizado

Antibiótico profilático: () Não () Sim Antibiótico terapêutico: () Não () Sim

Curativo: () Não () Sim Local: Horário:

Drogas Vasoativas: () Não () Sim Qual:

Prognóstico: () Crônico () Não Crônico

Nutrição: () Jejum () Dieta Ass. Enfermeiro

Recebido por: Ass. Enfermeiro Hora:

Dispositivos Invasivos: Cateter central () Não () Sim // SVD () Não () Sim

Alergia: () Não () Sim Qual:

Hemoderivados: () Não () Sim Qual:

Medicação de uso contínuo:

Risco: () LPP () Queda () Febre () Outros:

Grau de Complexidade: () Crítico () Semi Crítico () Alta dependência

() Intermediária () Mínimo

Exames Laboratoriais: () Coletado () Não Coletado Qual:

Exames de Imagem: () Realizado

() Pendente

Curativo: () Não () Sim Local: Horário:

Isolamento: () Não () Sim Qual:

Enviado por: Ass. Médico

Ass. Enfermeiro

Recebido por: Ass. Enfermeiro

Hora:



Nome: Ademir Jesus Sergio Data: 02/01/2020 Registro: 123286
Convênio: SUS Leito: _____ Hora: 14:30

Cirurgião: Dr. Marcelo Machado 1º auxiliar: _____
Anestesista: Dr. Fátima Instrumentador: Laura
Circulante: F. M. L.

[illegible]



Registro: 123286
Nome: ADEMI ISIDIO SERGIO
Mãe: MARIA JOSE MESQUITA
End.: AVENIDA AGUAS COMPRIDAS Nº
Enferm.: 405 - 02 - LT CCIRURGICA

Atendimento: 540353

Leito: 578

Dt. Cad: 22/12/2019
Dt. Nasc: 24/07/1978
Bairro: CENTRO
Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO
ONS: 704708763334231

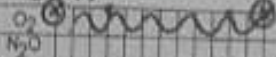
Sexo: M Cor: PB Idade: 41 Risco: ASA DATA: 02, 01, 20

CRM: 17271 Anestesiato: Maria Emilia Cirurgião: Marcelo Machado

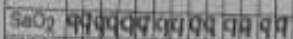
Medicação Pré-Anestésica: não Urgência: ☒ Não ☐ Sim

Cirurgia: Tto. cirúrgico fratura de fêmur

Horário: 18:45

O₂ 
N₂O

Líquidos: 

SeO₂ 

ETCO₂

ECG: 

DIU

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

Anotações

Drogas Usadas

Doses

1 Midazolam 0.7mg
2 Fentanyl 30mcg
3 Ropivacaina psada 15mg
4 Morphina 60mcg
5 Ciardolona 0.2g
6 Dexametasona 10mg
7 Aspirina 0.2g
e cateter nasal

Monitorização

☒ Cardiograma ☐ BRS
☒ Oxímetro ☐ Temperatura
☒ Pn ☐ Swan-Ganz
☐ Sonda Vesical ☐ Analisador Gases
☐ Capnógrafo ☐ PVC
☐ Elet. Pré-Cardial ☐ Estimulador de Nervo
☐ Outros ☐ Linha Arterial
☐ PP / VS

Técnica Anestésica

☐ Acompanhamento Respiração
☒ Sedação
A. Geral
☐ EV
☐ Inalatória
☐ Balneocada
A.G. + Bloqueio
☐ Método
☐ Valvular
☐ Analgésico
☐ Espontânea
☐ Controlada
☐ PCV
☐ VCV
☐ Suporte
☐ IOT
☐ INT
☐ ML
☐ Traqueal
FR
PIT
PEEP
F02
Bloqueio
☒ Raqui
☐ Perit
☐ P Braquial
Cateter SE IN

Destino

☒ SRPA
☐ Apart. End
☐ UTI
☐ Externo
☐ Encaminhado
☒ Acondido
☐ Concluido
☐ Intubado
☐ Orogas
☐ Viscerativos

Balanco hídrico final:

Perdas:

Jejum

Perdas Insensíveis

Clonex

Sarapentes

Interconfinâncias:

☐ Sim ☒ Não

Ganho

RI

SH-H

SFD 9%

16 JAN 2020

OBS: Venclux HSE

Assinatura do Anestesiato

Dr. Maria Emilia Carvalho
Médica Anestesiologista
CPF: 012.345.678-90
CRM: 17271 / RJ

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

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

Autorizo o médico anestesiológico abaixo identificado, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente cadastrados por 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, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesiológico. 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 imprecisas. 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) 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 anestesiológico 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).

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.

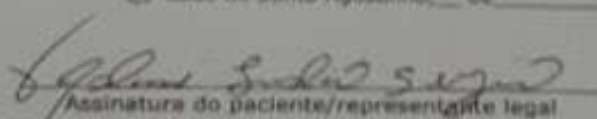
Confirmando que recebi explicações, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

☒ PACIENTE / ☐ RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: ADRIANA LUIZ DA SILVA 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

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia: 44696 Sala: 0006 TEMPORARIA 03
Paciente: 123286 ADEMI ISIDIO SERGIO Atendimento: 540353
Convênio Atend.: 1 SUS - INTERNACAO Carteira:
Leito: 678 406 - 02 - LT CCIRURGICA Idade: 41 Anos
Dt. Início: 02/01/2020 15:00 Dt. Fim: 02/01/2020 15:51
Cid. Pré-Operatório:
Cid. Pós-Operatório:

Procedimento

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

Equipe Médica

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

Descrição

Descrição Cirúrgica:

FRATURA CONDILO FEMURAL LATERAL ESQUERDO
CIRURGIA PROPOSTA: OSTEOSOSSINTESE 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 CONDILO 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

14 JAN 2020

Tipo de documento: TERMO DE CONSENTIMENTO		Número de documento: TER. 001	Emissão: 17/04/2019
Título: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO		Responsável pela aprovação: Dr. André Sanoônio	Versão número: 001
Responsável pela elaboração: Bruna Melo		Responsável pela aprovação: Dr. André Sanoônio	Revisão: 00

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^o(a) _____ credenciado(a)

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

- ☐ Tratamento: _____
- ☐ Assistência clínica: _____
- ☐ Procedimento: _____ ou
- ☐ Exame: _____

e que será submetido.

Declaro que estou ciente dos benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis que me foram explicadas claramente pelo médico, Dr^o(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.

Confirmando 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: Wallington da N. Nascimento RG: _____

Data de nasc.: _____ Grau de parentesco: Filho

Cabo de Santo Agostinho, 22 de Dezembro de 2019

Wallington da N. 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 _____

Ilaciel Soares
CRM: _____
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^o(a) _____, credenciado(a)
pelo Hospital Dom Helder Câmara, a realizar o(s) seguinte(s):

- ☐ Tratamento: _____
☐ Assistência clínica: _____
☐ Procedimento: _____ ou _____
☐ Exame: _____
☐ a queerei submetido.

Declaro que estou ciente dos benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis que me foram explicadas claramente pelo médico, Dr^o(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.

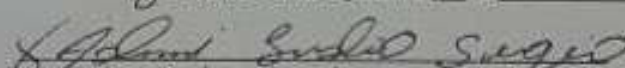
Confirmando que recebi explicações, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse.

☐ PACIENTE / ☐ RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: ADEMI ISIDIO SARGIO 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

Nome do documento:	Número do documento:	Emissão:
TERMO DE CONSENTIMENTO	TER. 001	17/04/2019
Título:		Versão número:
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO		001
Responsável pela elaboração:	Responsável pela aprovação:	Revisão:
Bruna Melo	Dr. André Sampaio	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 anestesiológico abaixo identificado, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente cadastrados por esta instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico:

Declaro ainda que:

- 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 anestesiológico. 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 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.
- 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.
- Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anestesiológico 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).
- 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.

Confirmando 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: _____ RG: _____
Data de nasc.: ____/____/____ 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 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

Carimbo do médico
Dra. Maria Emilia Cavalcanti
CRM 178914-1

TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

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

S	Situação (Enfermagem)	Nível de Consciência: _____ REG: _____ PA: <u>110/60</u> Pulso: <u>77</u> Temp: <u>36,5</u> FR: <u>18</u> Oxi-metria: <u>100</u> Padrão respiratório: () Ar ambiente () Suporte de O2 () CatO2 () NEB () TOT () Traqueo VM () Traqueo NEB Intercorrência nas últimas 24h: _____
B	Base do cenário (Médico)	Breve relato do caso: _____ Antibiótico profilático: () Não () Sim Antibiótico terapêutico: () Não () Sim Qual: _____ Horário: _____ Drogas Vasoativas: () Não () Sim Qual: _____ Prognóstico: () Crônico () Não Crônico Nutrição: () Jejum () Dieta _____
A	Análise (Enfermagem)	Dispositivos Invasivos: Cateter central () Não () Sim // SVD () Não () Sim Alergia: () Não () Sim Qual: _____ Hemoderivados: () Não () Sim Qual: _____ Medicação de uso contínuo: _____ Riscos: () LPP () Queda () Flebite () Outros: _____ Grau de Complexidade: () Crítico () Semi Crítico () Alta dependência () Intermediário () Mínimo
R	Recomendação (Enfermagem)	Exames Laboratoriais: () Coletado () Não Coletado Qual: _____ Exames de Imagem: () Realizado _____ () Pendente _____ Curativo: () Não () Sim Local: _____ Isolamento: () Não () Sim Qual: _____

Enviado por: Ass. Médico _____ Ass. Enfermeiro [Assinatura]
 Recebida por: Ass. Enfermeiro _____ Hora: _____

TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

NOME: <u>Adenilson Silva Gomes</u>	DATA NASC: _____
REGISTRO: _____	DATA: <u>27/12/18</u> HORA: <u>14:30</u>
SETOR DE ORIGEM: <u>Unidade</u>	SETOR DE DESTINO: <u>Unidade</u>

S	Situação (Enfermagem)	Nível de Consciência: <u>PO</u> <u>sem</u> <u>que</u> <u>7</u> <u>3</u> HGT: <u>93</u> PA: <u>130x70</u> Pulso: _____ Temp: <u>36,4</u> FR: _____ Odometria: _____ Padrão respiratório: <input checked="" type="checkbox"/> Ambiente () Suporte de O2 () CatO2 () NEB () TOT () Traqueo VM () Traqueo NEB Intercorrência nas últimas 24h: _____
B	Base do cenário (médico)	Breve relato do caso: _____ Antibiótico profilático: () Não () Sim Antibiótico terapêutico: () Não () Sim Qual: _____ Horário: _____ Drogas Vasoativas: () Não () Sim Qual: _____ Prognóstico: () Crônico () Não Crônico _____ Nutrição: () Jejum () Dieta _____
A	Análise (Enfermagem)	Dispositivos Invasivos: Cateter central <input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim // SVO () Não () Sim Alergia: <input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim Qual: _____ Hemoderivados: <input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim Qual: _____ Medicação de uso contínuo: _____ Riscos: () LPP <input checked="" type="checkbox"/> Queda () Flabite () Outros: _____ Grau de Complexidade: () Crítico () Semi Crítico () Alta dependência () Intermediário () Mínimo
R	Recomendação (Enfermagem)	Exames Laboratoriais: () Coletado <input checked="" type="checkbox"/> Não Coletado Qual: _____ Exames de Imagem: <input checked="" type="checkbox"/> Realizado <u>Rx</u> () Pendente _____ Curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim Local: _____ Isolamento: <input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim Qual: _____

Enviado por: Ass. Médico _____

Ass. Enfermeiro _____

Recebido por: Ass. Enfermeiro _____

Hora: _____

Flavio Roberto Leite
COORDENADOR DE ENFERMAGEM

REPUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 5.152.862

DATA DE EMISSÃO 23/04/2002

NOME ADEMI ISIDIO SERGIO

TONIO ISIDIO SERGIO

MARIA JOSÉ MESQUITA

NATURALIDADE

CABO DE SANTO AGOSTINHO PE

DATA DE NASCIMENTO 24/07/1978

DOC. ORIGEM

CN.5.D89-L.A.03-F.126-CART. PONTE DOS CARVALHOS-CABO-PE-05.10.95

ASSINATURA DO TITULAR

LEI N.º 7.116 DE 29/08/83

F-05 13869

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TAVARES BURIL

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Ademi Isidio Sergio

7

REAL SERVICAR

Cartão de uso pessoal e intransferível

Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

Emissão

FEV/2010

CORREIOS

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

CPF 023.546.074-58

Nome ADEMI ISIDIO SERGIO

Numero de inscrição

Nascimento 24/07/1978

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PE

Nº 014804371474

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

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

NOME

GENILDO CORDEIRO DA SILVA

JAB GUARARAPES-PE

0

CPF / CNPJ

046.635.024-90

PLACA

KHE9357

PLACA ANT / UF

***** / PE

CHASSI

9C2JC4120AR089080

ESPÉCIE TIPO

PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA / CG 125 FAN ES

ANO FAB.

2010

ANO MOD.

2010

CAP / POT / CIL

2P / 124CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC / COTAS

I
P
V
A

IPVA 2019 QUITADO

1ª

2ª

3ª

FAIXA I.P.V.A.

1

PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

80.11

IOF (R\$)

0.32

PRÊMIO TOTAL (R\$)

84.58

DATA DE PAGAMENTO

25/03/19

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

LOCA

JAB GUARARAPES

DATA

23/04/19

Roberto Carlos Moreira Fontallem

DIRETOR PRES

EXPEDIDOR

CONTRAN

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Ademi Sidiio Siqueira

Data do Acidente: 22/12/2019 CPF da vítima: 023.546.074-58

Portador da documentação:

Qualificação do Portador: ☐ Vítima ☐ Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é:

Endereço do portador:

Número: Complemento: Bairro:

Cidade: UF: CEP: Telefone: (81) 99724011

E-mail:

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

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)
- ☒ 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)

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)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pais ou tutor)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data:

Identidade:

Assinatura:

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- ☐ 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 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. (pais ou tutor)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÕES:

Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00

Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

- 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): 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
- Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data:

Nome:

Assinatura:

22 de maio 2020
Ademi Sidiio Siqueira

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

Valoração 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