



06/10/2020

Número: **0026039-02.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 24ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ADEMI ISIDIO SERGIO (AUTOR)		CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69135963	06/10/2020 16:54	ANEXO 2	Outros (Documento)



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

Carta nº 15817690

Pag. 01203/01204 - carta_01 - INVALIDEZ





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 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

Pag. 01009/01010 - carta_03 - INVALIDEZ

00030505



Carta nº 15819090





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, 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.

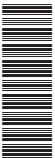
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00665/00666 - carta_15R - INVALIDEZ

00020333





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: 023 546.07458 3 - CPF da vítima: 023 546.07458 4 - Nome completo da vítima: Ademi 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: Ademi Isidoro Sergio 6 - CPF: 023 546 074-58
7 - Profissão: Mecânico 8 - Endereço: Rua Belo Vista 9 - Número: 385 10 - Complemento: C
11 - Bairro: Park das Cavalhas 12 - Cidade: Colinas de Santo Agostinho 13 - Estado: TE 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 18 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\$1.000,00 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: 93952
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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.

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.

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 (val nascer)? ☐ 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 - 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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, Colônia 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)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
FPS.001 V002/2019

Digitalizada com CamScanner



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

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

ADAMI ISIDIO SERGIO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **IVANILDO LUIZ BARBOSA** Matrícula: 3848864

13/01/2020





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 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 DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 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: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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 (343) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0047 CONTA: 98452

AGÊNCIA: CONTA:

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.

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.

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) (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 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.

34 - Assinatura digital da vítima ou beneficiário (se houver)

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: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura do Procurador (se houver):

FPS.001 V002/2019

Digitalizada com CamScanner

Digitalizada com CamScanner

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
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e 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		
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico			
RESERVADO AO FISCO 7301.11D0.1F9C.ABF3.B999.9B11.71B9.D1BE			

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
			</

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000000030353595	CAT	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
		27/03/2020	18.688,00	28/04/2020	18.765,00	32	1,00000	0,00	77,00

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

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
004001165165	04/2020	0,00	05/06/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senna: 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 CONDILO LATERAL DE FEMUR E BASE DE 5ª 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: - 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

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Digitalizada com CamScanner



0042

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Pe: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Principal
Munké vltmo m lra
u plno 3 + 50000 + 10000

Exame Físico

12 → 8 km de pulc + 1 gel
Levant de mltas pulpas
Futuro de 8 mltas

Huse Diagnostico

Prognostico
Dr. Juan Carlos de la Cruz

Conduta Terapeutica

Prescrição Médica

ATEND

→ ATEND + 10 = 10 + 10 = 20

→ CÉLEBRATION 28 → 10 + 10 = 20

→ G.A.T → 10 + 10 = 20

Carimbo/Médico

Avraham Ferreira
SBOT 13098 / SBQOC
CRM 17411

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE _____
LEITO DO PACIENTE _____

2. Вводятся ли в эксплуатацию?



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, 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:

MEIOXAMP.

Diagnóstico:

FRA: EXCATA. COMNIO Femoral Ldt. Ex.

Procedimento:

Qt. CI PDIDFLCA CAMUADA DECUITAC

Alta em: 03 / 01 / 2020

Hora: 12:00h

Dr. Igor Abutrab

Ortopedia/Traumatologia

CRM-PE: 27778

Médico e C.R.M.:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G.:

HDS - Hosp. Dom Helder Camara
Instituto de Diagnóstico e Referencia Epidemiológica
16/07/20

Médico Responsável
Assinatura
16/07/20

14 JAN 2020





**HOSPITAL
DOM HELDER**



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 INFECCISOS

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 Abucab
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE: 27278

Digitalizada com CamScanner





**HOSPITAL
DOM HELDER**



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 Abutrab
Ortopedia/Traumatologia
CRM-RF: 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

Digitalizada com CamScanner





HOSPITAL
DOM HELDER



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

Digitalizada com CamScanner



Anotações do Técnico em Enfermagem

Nome: Ademir Tábua D. Nasc: 406-02 Registro: 123386
Clínica: Ortopedia Enfermaria: 5R Leito: 406-02
Diagnóstico: fratura Data: 02/01/20
Plantão Diurno: pa

Estado Geral:

Dieta: VO(✓) SNE() GTT() Dieta zero()
Padrão respiratório: espontâneo(✓) AVM() VNI() Cat. O2() 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: Recebeu paciente em 866, consciente, orientado,
verificou a lesão, medicações e curativo.
V.M. Alexsandro, atendente de enfermagem, realizou a
análise de risco de queda e de infecção.

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





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

Fundação Professor Martiniano Fernandes
IMP HOSPITALAR
CNPJ: 09.039.744/0001-54

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 123286

Nome: ADEMI ISIDIO SERGIO

Mãe: MARIA JOSE MESQUITA

End.: AVENIDA AGUAS COMPRIDAS

Enferm.: 406 - 02 - LT CIRURGICA

Atendimento: 540353

Leito: 678

Dt. Cad: 22/12/2019

Dt. Nasc: 24/07/1978

Bairro: CENTRO

Cidade: CABO 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

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

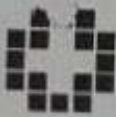
980 Luxing: Fract fêmur

(E)

POO-001/JRPA

Digitalizada com CamScanner





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: (C)

Nome: Ademir Izidio data: 02/01/20 Hora: 16:45 Registro: 523286
Leito de origem: _____

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: PPCR: Sutura de Tímus (E)
Tipo de anestesia: Rápidi + Sedação
Equipe: Dr. Marcelo Machado Anestesiista: Dr. Emilie

3. Admissão

Estado geral: () Bom (x) Regular () Torporoso () Grave^o
Respiração: (x) Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () SVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não (x) Sim Onde: MSE
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 A. Silva
MÉDICA
CRM 4010

CÓD: 38398



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 5/15 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: F.O.; TAP ☒ 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	

Digitalizada com CamScanner



 HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA		SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA BLOCO CIRÚRGICO - SRPA		 GESTÃO IMIP HOSPITALAR	
Nome: <u>Ademi Jéssica Lima</u>		Registro: <u>133286</u>		Leito: _____	
Procedimento cirúrgico: <u>Proctostomia</u>		Data: <u>02/10/2020</u>		Hora: _____	
DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS			
1. Ansiedade () /	☒ Encorajar verbalização dos sentimentos e medos ☒ Proporcionar apoio emocional ☒ Dar informação ao paciente e familiares ☒ Outros				
2. Ventilação prejudicada ()	☐ Manter decúbito elevado ☐ Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário ☐ Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz ☐ Manter o paciente em posição de Fowler ☐ Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR ☐ Instalar () Manter () Anotar oximetria de pulso ☐ Outros				
3. Padrão de eliminação urinária () Diminuído () Aumentado	☐ Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ____/____h ☐ Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen) ☐ Colocar o paciente em posição de Fowler ☐ Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição ☐ Registrar se: () Dor ao urinar ☐ Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea ☐ Outros				
4. Dor (☒) Local: _____ () Leve () Moderada () Severa	☒ Verificar qual posição adequada do paciente ☒ Avaliar a localização e a intensidade da dor ☒ Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação ☒ Identificar fatores desencadeantes da dor ☒ Registrar características e intensidades da dor ☒ Outros				
5. Integridade tissular prejudicada (☒)	☐ Descrever características da lesão ☒ Realizar curativo a cada <u>04</u> / <u>24</u> h ☐ Realizar mudança de decúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação ☐ Medir débito de dreno de ____/____h ☒ Manter curativo oclusivo por <u>04</u> h ☐ Outros				
6. Sangramento (☒) Local: _____ (☒) Leve () Moderada () Severo	☐ Aferir pressão arterial de ____/____ min ☐ Manter elevado: _____ ☒ Realizar curativo oclusivo ☐ Outros				
7. Imobilidade no leito prejudicada ()	☐ Pinçar dreno ao manusear o paciente ☐ Avaliar mobilização de dreno (Tracionado) ☐ Manter repouso no leito em posição: _____				

CÓD. 38605

Digitalizada com CamScanner



IMIP
HOSPITAL

Breve relato 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

Doença Vasoativa: () Não () Sim Qual: _____

Prognóstico: () Crônico () Não Crônico

Ass. Médico: Adm. J. Junior Ass. Enfermeiro: _____ DATA NASC: 27-07-1978

GISTRO: 3386 DATA: 07-07-20 HORA: _____

SETOR DE ORIGEM: 3386 SETOR DE DESTINO: 3386

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

Alergia: () Não () Sim Qual: _____

A **S** **Análise (Enfermagem) Situação (Enfermagem)**

Nível de consciência: EMBOCADO HGT: 86

PA: 107/59 Pulso: _____ Temp: 36 FR: 12 O2: 97

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

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

() Intermediário () Mínimo

Intervenção nas últimas 24h: _____

R **B** **Recomendação (Enfermagem) Base do cenário (médico)**

Breve relato do caso: () Coletado () Não Coletado Qual: _____

Exames de Imagem: () Realizado _____

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

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

Doença Vasoativa: () Não () Sim Qual: _____

Prognóstico: () Crônico () Não Crônico

Enviado por: Ass. Médico _____ Ass. Enfermeiro _____

Nutrição: () Jejem () Dieta _____

Recebido por: Ass. Enfermeiro _____ Hora: _____

A **Análise (Enfermagem)**

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

() Intermediário () Mínimo

R **Recomendação (Enfermagem)**

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

Exames de Imagem: () Realizado _____

() Pendente _____

Curativo: () Não () Sim Local: Superficial

Isolamento: () Não () Sim Qual: _____

Enviado por: Ass. Médico _____

Ass. Enfermeiro _____

Recebido por: Ass. Enfermeiro _____

Hora: _____

Digitalizada com CamScanner



1. Identificação

Nome: Admir Sampaio Siqueira Data: 02/02/2020 Registro: 123286
Convênio: SUS Leito: _____ Hora: 14:30

Cirurgião: Dr. Marcelo Machado 1º auxiliar: _____
Anestesista: Dr. Fátima Instrumentador: Lauro
Circulante: Fátima

[illegible]

Registro: 123286 Atendimento: 540353 Dt. Cad: 22/12/2019
Nome: ADEMI ISIDIO SERGIO Dt. Nasc: 24/07/1978
Mãe: MARIA JOSE MESQUITA Bairro: CENTRO
End.: AVENIDA AGUAS COMPRIDAS Nº Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO
Enferm.: 405 - 02 - LT CCIRURGICA Leito: 578 CNS: 70470876334231

Sexo: M Cor: PB Idade: 46 Raza: ASA DATA: 02, 01, 20

CRM: 17271 Anestesiista: Maria Emilia Cirurgião: Marcelo Machado

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

Cirurgia: Tto cirurgico fratura de fêmur



Técnica Anestésica

☐ Acompanhamento Respiração

☒ Sedação

☐ A. Geral

☐ EV

☐ Intubação

☐ Balançada

☐ A.G. + Bloqueio

☐ Método

☐ Vascular

☐ Avaliação

☐ Espontânea

☐ Controlada

☐ PCV

☐ VCV

☐ Suporte

☐ IOT

☐ INT

☐ ML

☐ Traqueal

FR

PIT

PEEP

FQ2

Bloqueio

☒ Raqui

☐ Per

☐ P. Sacral

Cateter S4 T4

Destino

☒ SRPA

☐ Apart. Ent

☐ UTI

☐ Externo

☒ Encaminhado

☒ Acordado

☐ Sonolento

☐ Intubado

☐ Drogas

☐ Vasculares

Balanco hídrico final:

Pontas:

Jejum

Pontas Inescolíveis

Diurese

Serapente

Intercomências: ☐ Sim ☒ Não

16 JAN 2020

OBS: Venoclax H16

Assinatura do Anestesiista

Dr. Maria Emilia Cardoso

CPF: 012.345.678-90

CRM: 17271

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 temporárias. Raramente ocorrem lesões permanentes, mas podem ocorrer, mesmo que o procedimento tenha sido realizado sob o mais rigoroso padrão técnico. Assim como foi 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.

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

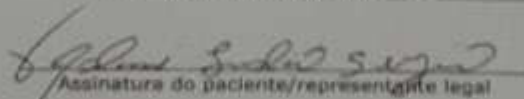
Nome: ADRIANA LUIZ DA SILVA

RG: 5132862

Data de nasc.: 24/07/1973

Gravidez: _____

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

Ficha de Cirurgia Descritiva

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

CIRURGIO 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
CIRURGIO: MARCELO MACHADO
ANESTESISTA: EMILIA

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPÇÃO;
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

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA

Digitalizada com CamScanner



Tipo de Documento:		Imagem do Documento:	Emissão:
TERMO DE CONSENTIMENTO		TEP. 001	17/04/2019
Título:		Versão número:	
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO		001	
Responsável pela elaboração:	Responsável pela aprovação:	Anexos:	
Bruna Melo	Dr. André Saraíno	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 Heider Câmara.

☐ Paciente

☐ Responsável

Autorizo o Drº(a) _____ credenciado(a)

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

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

a que será submetido.

Declaro que estou ciente dos benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis que me foram explicadas claramente pelo médico, Drº(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 NUNES RG: _____

Data de nasc.: _____ Grau de parentesco: Filho

Cabo de Santo Agostinho, 22 de Dezembro de 2019

WALLINGTON DA NUNES
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 _____

Ilacir Soares
CRM: _____
CBO: _____

Assinatura / Carimbo do médico

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

Fone: 3183-0000



406-2

**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 que serei 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.

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: ADEMI SIDIO SURGIO RG: 5132862

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

Cabo de Santo Agostinho, _____ de _____ de 20____

Ademi Sidio Surgio
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____

Dr. Carlos Rian
Ortopedia - Traumatologia
Assinatura / Carimbo do médico

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

Fone: 3163-0000



Tipo do documento: TERMO DE CONSENTIMENTO	Número do documento: TER. 001	Emissão: 17/04/2019
Título: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO		Versão número: 001
Responsável pela elaboração: Bruno Melo	Responsável pela aprovação: Dr. André Sampaio	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 anestesiológista 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 anestesiológista. 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 anestesiológista 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 e esclarecimentos solicitados 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



TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

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

S	Situação (Enfermagem)	Nível de Condição: <u>2</u> NBT: <u>1</u> PA: <u>110x60</u> Pulso: <u>77</u> Temp: <u>36,5</u> FR: <u>18</u> O2metria: <u>100</u> Padrão respiratório: () Ar ambiente () Suporte de O2 () CatO2 () NEZ () TOT () Traquea VM () Traquea NEB Intercorrência nas últimas 24h: <u>100</u>
B	Base do cenário (médico)	Breve relato do caso: _____ Antibiótico profilático: () Não () Sim Antibiótico terapêutico: () Não () Sim Qual: _____ Horário: _____ Drogas Vasotivas: () Não () Sim Qual: _____ Prognóstico: () Agudo () Crônico Nutrição: () Jejum () Dieta _____
A	Artigos (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 Daniel
Recebido por: Ass. Enfermeiro _____ Hora: _____



TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

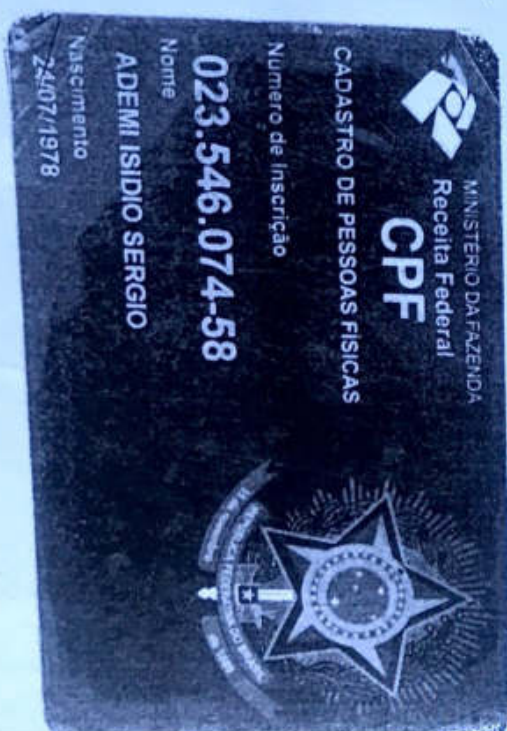
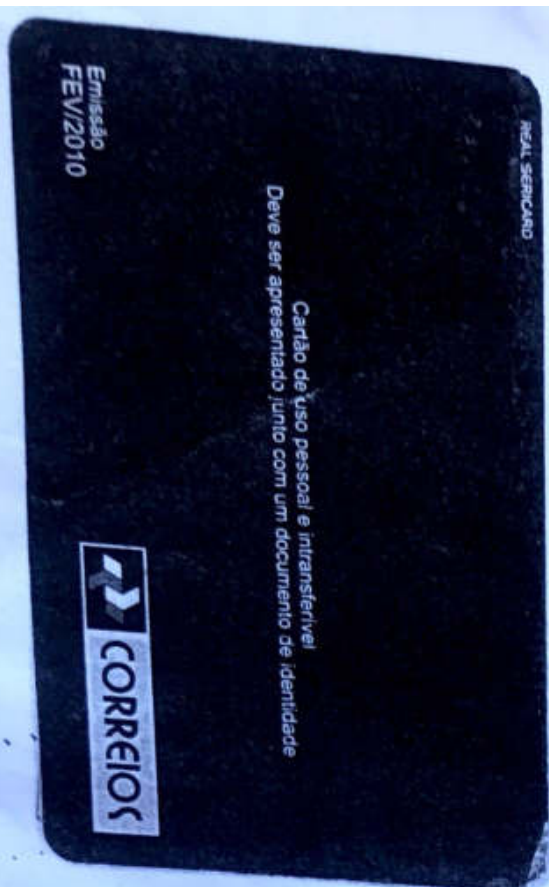
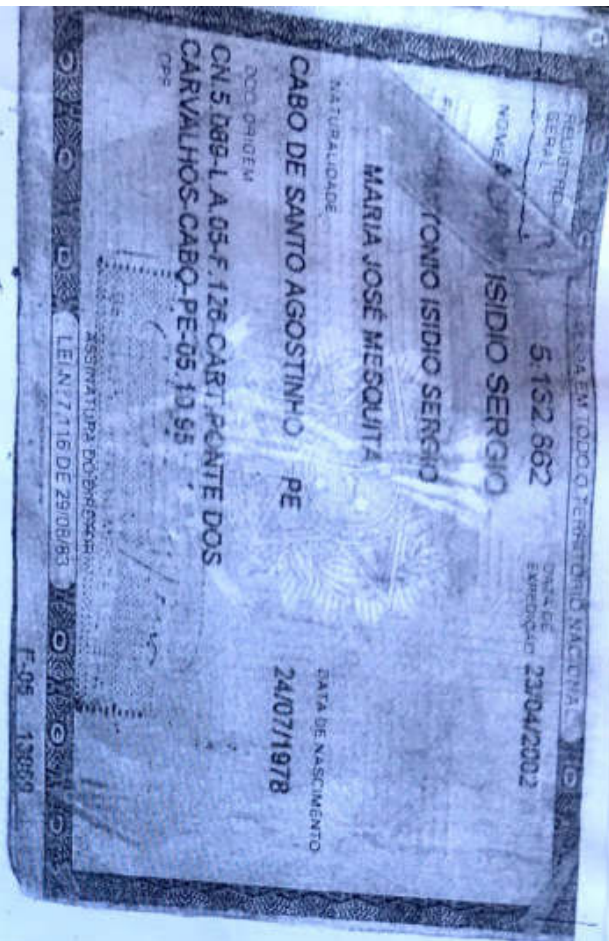
NOME: <u>Adenilson Pereira Silva</u>	DATA NASC: _____
REGISTRO: _____	DATA: <u>22/12/19</u> HORA: <u>16:30</u>
SETOR DE ORIGEM: <u>Unidade</u>	SETOR DE DESTINO: <u>ICU</u>

S	Situação (Enfermagem)	Nível de Consciência: <u>CO</u> <u>com</u> <u>avaliação</u> <u>em</u> <u>7/10</u> HGT: <u>93</u> PA: <u>130x70</u> Pulso: _____ Temp: <u>36,4</u> FR: _____ Odimetria: _____ Padrão respiratório: ☒ Ar ambiente ☐ Suporte de O2 ☐ CatO2 ☐ NEB ☐ TOT ☐ Traqueo VM ☐ Traqueo NEB Intercorrência nas últimas 24h: _____
B	Base de 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 // SVO ☐ 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 <u>Rx</u> ☐ Pendente Curativo: ☒ Não ☐ Sim Local: _____ Isolamento: ☒ Não ☐ Sim Qual: _____

Enviado por: Ass. Médico _____ Ass. Enfermeiro _____
 Recebido por: Ass. Enfermeiro _____ Hora: _____

Elminda Pereira Leite
 Enfermeira
 IMIP





Digitalizada com CamScanner

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PE

Nº 014804371474

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

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

NOME

GENILDO CORDEIRO DA SILVA

JAB GUARARAPES-PE

0

CPF / CNPJ

046.635.024-90

PLACA

KME9357

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

29/124CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC / COTAS

IPVA 2019 QUITADO

1ª

FAIXA I.R.V.A.

1

PARCELAMENTO / COTAS

2ª

3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

80.11

IOF (R\$)

0.32

PRÊMIO TOTAL (R\$)

84.58

DATA DE PAGAMENTO

25/03/19

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

LOCAL

JAB GUARARAPES

DATA

23/04/19

Roberto Carlos Moreira Fontallem

EXPEDIDOR

DIRETOR PRES

CONTRAN

Digitalizada com CamScanner



IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Adriano Sérgio
Data do acidente: 22/12/2020 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: 8159214011
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 recetário 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

VALORES DE INDENIZAÇÕES: Invalidiz 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.seguradoraliven.com.br ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data: 22 de maio 2020
Nome: Adriano Sérgio
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

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

