

Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190607984 Vítima: LUILSON NUNES DA SILVA

Data do Acidente: 24/11/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUILSON NUNES DA SILVA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois, o formulário 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.

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, 31 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190607984

Vítima: LUILSON NUNES DA SILVA

Data do Acidente: 24/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUILSON NUNES DA SILVA

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, 16 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190607984

Vítima: LUILSON NUNES DA SILVA

Data do Acidente: 24/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LUILSON NUNES DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 24/07/2019, emitido pelo Dr. CÍCERO HELENO ALBUQUERQUE FEITOSA CRM nº 11253 - PE, da Instituição INSTITUTO MÉDICO LEGAL, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **3190607984** 3 - CPF da vítima: **519.315.754-87** 4 - Nome completo da vítima: **Luilson Nunes da Silva**

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

5 - Nome completo: **Luilson Nunes da Silva** 6 - CPF: **519.315.754-87**
7 - Profissão: **Ponteiro** 8 - Endereço: **RUA da ESPERANÇA** 9 - Número: **07A** 10 - Complemento:
11 - Bairro: **Pontezinha** 12 - Cidade: **CABO de SANTO AGOSTINHO** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **54.589-035**
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): **(81) 98553-2031**

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:

☐ RECURSO 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: **0559** CONTA: **00001087** **3**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(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.

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) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou 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.

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, **20/11/2019**

Luilson Nunes da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



2018/11

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 040ª CIRCUNSCRIÇÃO - CABO DE SANTO AGOSTINHO -
DP40ªCIRC DIM/10ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0130007749

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **29/11/2018** às **12:22**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia
24/11/2018 às **17:00**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CANDEIAS (BAIRRO), 1, ESTRADA DE CURCURANA -**
Bairro: **CANDEIAS - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

OSIAS DE TAL (AUTOR / AGENTE)
LUILSON NUNES DA SILVA (VÍTIMA)

Boletim de ocorrência



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **OSIAS DE TAL**
ESPORTE / LAZER / AFINS: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
LUILSON NUNES DA SILVA

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

OSIAS DE TAL (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **YYYYYYYYYYYY** Pai: **YYYYYYYYYY** Data de Nascimento: **1/1/1888** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE CANDEIAS (BAIRRO), 1, AV; PRESIDENTE KENNEDY, 5427 - CEP: 55000-000 -**
Bairro: **CANDEIAS - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

LUILSON NUNES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA GOMES DA SILVA** Pai: **CARLOS NUNES DA SILVA** Data de Nascimento: **8/8/1979** Naturalidade: **CABO DE SANTO AGOSTINHO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **PORTEIRO**
Telefones Celulares:
- 34793403

Endereço Residencial: **BAIRRO DE PONTEZINHA, 1, RUA DA ESPERANÇA, 07 - CEP: 55000-000 - Bairro:**
PONTEZINHA - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL

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

VEICULO 1 (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **OSIAS DE TAL**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/RENAULT/SANDERO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

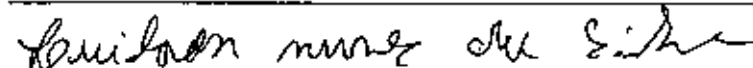
Placa: **PDT2725 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

VEICULO 2 (ESPORTE / LAZER / AFINS) de propriedade do(a) Sr(a): **LUILSON NUNES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUILSON NUNES DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **BICICLETA/CALOI/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VINHO** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE TRAFEGAVA PELA ESTRADA DE CURCURANA EM SUA BICICLETA, SENTIDO AO BAIRRO DE PONTEZINHA, QUANDO ATROPELADO PELO O VEICULO 1, FRATURANDO SEU BRAÇO ESQUERDO, SENDO SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIRO PARA O HOSPITAL DOM HELDER CAMARA. PELO EXPOSTO PEDE PROVIDENCIAS POLICIAIS. CASO AFETO A DEL., DE PIEDADE.

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



LUILSON NUNES DA SILVA
(VITIMA)



B.O. registrado por: **GILBERTO CARVALHO - MAT 159803-1**



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Ado

Comp. Reg. de Acidentes Declarados



Certidão nº 2018APH001734 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr^(a). LUILSON NUNES DA SILVA, 49 anos, BRASILEIRO (a), CASADO(a), RG nº 3492418 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 519.315.754-87, residente à RUA DA ESPERANCA, nº 07, , PONTEZINHA, CABO DE SANTO AGOSTINHO -PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 24/11/2018, por volta das 18:29 hs, no endereço: ESTRADA DE CURCURANA, S/N, PONTEZINHA CABO DE SANTO AGOSTINHO-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo AUTOMÓVEL RENAULT SANDERO, PRATA, PDT2725-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr^(a) LUILSON NUNES DA SILVA, inscrito sob o CPF nº 519.315.754-87 e Registro Geral "3492418, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710268-2 INOJOSA. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DOM HELDER. Registrado(a) com o prontuário nº 111251. Ficou aos cuidados do médico XXX, registro XXX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 28/12/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2018APH001734

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-802
CNPJ nº 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-83 | www.cepea.com.br

PAZOS DO FREIXEIRA SILVA

ENDURANCE/STABILITY OF CONSUMERS

CPF 518 415 754-87

PONTEZINHA/PONTEZINHA
CASO DE SANTO AGOSTINHO PE
54589-035

CLASSIFICAÇÃO
E RESUMO
RESIDENCIAL

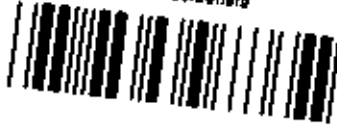
4000049183	10/20/73
DATE 10/20/73	10/20/73
TIME 11:55	44815

SECRET

Consumo Acq.(kwh)
Acréscimo Bandeira AMARELA
Acréscimo Bandeira VERMELHA
Contrib. Num. Publicz. Municipal
ICMS Subvencão-COE-NE 07491156-2302/10

QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR UNIT.
158.0002600	0,51068252	12,068252
		2,57
		2,08
		18,15
		0,85

Comprobante de residencia



TOTAL DA FATURA

14B, 1E

[illegible]

composição do Conselho

[illegible]

L'Espresso

As a consequence, the first of the two main objectives of the study is to determine the effect of the different types of information on the decision-making process of the different types of users. The second objective is to determine the effect of the different types of information on the decision-making process of the different types of users.

CONTAINER	MONTAGEM	LARGURA	LARGURA	LARGURA	LARGURA	TENSÃO	
						MONTE	MONTE
	1,00	9,19	10,38	20,77	22,0		
DIC	0,00	3,33	0,47	12,85			
MAC	0,00	2,84	0,00	0,00			
ONC	1,00						

NOTA: - valores são relativos ao uso do Sistema de Distribuição - P&M 34

CONTRACANT NO. MESON 3019 DATA DE EMISSÃO 01/11/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 148,19
838000000001-7 48190011004-1 00604916310-7 14278521663-9



Daan Pello

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 469408
Usuário do Atendimento: AMANDAMMS

Data e Hora do Atendimento: 24/11/2018 20:16
Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: LUILSON NUNES DA SILVA

Prontuário: 111251

Nome da Mãe: MARIA GOMES DA SILVA

Nome do Pai: CARLOS NUNES DA SILVA

Data do Nascimento: 08/08/1969

Idade: 49 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: CASADO

RG: 3492418

SDS PE Data Emissão:

CPF: 51931575487

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

Escolaridade:

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: VIGILANTE

Endereço: RUA DA ESPERANCA

7 PONTEZINHA

Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

PE CEP: 54589035

Fone:

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: BOMBEIRO

Documentação médico - hospitalar

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 19



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, 24/11/2018

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: _____

Diagnóstico: Fratura com deslocamento

Procedimento: Fixação com placa e parafusos

Alta em: 24/11/2018 Hora: 20:00

Médico e C.R.M.: _____

Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____

Assinatura e R.G.: _____

Dr. Bruno Salgado
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 17726

Hospital Dom Helder Câmara
Sofiane Lyrio
Faturamento
em: _____

Hospital Dom Helder Câmara
Manoel F. Godoy
Arquivista
SANE/Faturamento

Vigilância Epidemiológica
NEPI / HDH
27/11/18
F. Silva



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
INTENSIVMEDIZIN
 DGI

0047

Cartão SUS:

Horat:

Queixa Principal

Ref com o sumo de Açafrão +
Carro/Medicina

Exame Físico

① COE / ABD / 10/6/18pxmm CAcooligado
② ABD 2 NEQA 200 A pal/pain quadrante
③ COE em região da costureta ⑤

Hipotesis Diagnostico *Furber non Oleraceae (E)*

Conduta Terapeutica F. 1

Prescrição Médica

③ *Tramadol 400mg @ 400ml 8/8/18* ATENDIDO

Dr. [Signature]

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

FINIS

LEITO DO PACIENTE

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 24/11/2018 19:39

Nome Paciente: LUISON NUNES DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 08/08/1969
Sexo: Masculino
Idade: 49
Senha: 0047
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 24/11/2018 19:41 - 24/11/2018 19:44

GECIANE SOARES DE ANDRADE - COREN: 367247 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: EMERGENCIA - VERMELHO

Cor: VERMELHO

Queixa Principal: PAC. CHEGA AO SERVIÇO ENCAMINHADO PELO BOMBEIRO HD FRATURA EM UMEROS + TNZ E, ATROPELAMENTO O MESMO ESTAVA DE BICICLETA, FOI ATROPELADO PELO CARRO, NEGA VOMITOS E DESMAIOS, P O MESMO ENGEIU BEBIDA ALCOOLICA, NEGA COMIYOS E DESMAIS, NEGA ALERGIA, REFERA HAS, NEDGA DM

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR INTENSA (8-10/10)

Especialidade: CIRURGIA GERAL

24/11/18
LOCAL DO CORPO
TORAX
CERVICAL
COTOVELO
BACIA
06

Acolhido(a) por: GECIANE SOARES DE ANDRADE - COREN: 367247 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 24/11/2018 19:44

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE HOSPITAL DOM HÉLDER CÂMERA

ADMISSÃO

DATA: / / HORA: :



1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Paulina Lima de Sousa Registro: 1251 Clínica: Clínica
Enfermaria: 409-3 Diagnóstico: Art. MS-E

2. QUEIXAS PRINCIPAIS

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

() Alergias Quais: Não () Tabagismo () Etilismo () Cardiopatia () Diabetes () HAS
() Epilepsia () Depressão () Câncer () Doenças pulmonares () Cirurgias Anteriores Quais: Não

4. ESTADO GERAL

ESTADO GERAL: () Bom () Regular () Grave

5. INTEGRIDADE DA PELE

() Normocorado () Hipocorado () Acianótico () Cianótico () Anictérico () Ictérico () Pele fria () Pele úmida () Reações Alérgicas
() EDEMAS () Face () Pálpebra () MMSS () MMII () Anasarca
() LESÃO POR PRESSÃO LOCAL: Não

6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () Consciente () Inconsciente () Orientado () Desorientado () Torporoso () Sedado
PUPILAS: () Normais () Isocóricas () Anisocóricas () Estrabismo () Midríase () Miose () Fotorreagente

7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL: () Cooperativo () Choro () Irritado () Sonolento () Ansioso () Agitado

8. SINAIS VITAIS

Afebril () Febril T. AXILAR: 36,5 PC FR: 68 JPM Sat O2: 98 () Eupneico () Dispneico () Traqueostomia () Intubado
MURMÚRIOS VESICULARES: () Presentes () Ausentes () Diminuídos RUIDOS ADVENTÍCIOS: () Roncos () Sibilos () Crepitações FC: 68 bpm
PA: 110/70 mmHg PULSO: () Filiforme () Chelo () Rítmico () Ausente ACESSO VENOSO: () Periférico Local: Não () Central Local: Não

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

DIETA: () VO () SNG () SNE () GTT ABDOME: () Flácido () Tenso () Distendido () Globoso () Doloroso () Plano
() Ascítico () Gravidico EVACUAÇÃO: () Normal () Constipação () Flatos () Diarréia NE evacuações: () Aspecto: () Normal () Mucoso
() Líquida () Melânica () Borrado () Odor Característico () EMESE: Aspecto: () Hematemase () Com resíduo alimentar

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

DIURESE: () Presente Aspecto: Normal () Ausente () Espontânea () SVD () SVA () Cistostomia () Irrigação () Anúria
() Disúria () Hematuria () Oligúria () Polaciúria

11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

MOBILIDADE: () Ativa () Passiva MOVIMENTO CONSERVADO: () Sim () Não FORÇA MOTORA: () Sim () Não () PARESIA Local: Não
() AMPUTACÃO Local: Não () GESSO Local: Não () TALA GESSADA Local: Não
Outros: Não

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica
FC- Frequência Cardíaca
SNG- Sonda Nasogástrica
MMSS- Membros Superiores
VO- Via Oral
SNE- Sonda Nasoenteral

MMII- Membros Inferiores
SVD- Sonda vesical de demora
VAS- Via Aérea Superior

FR- Frequência respiratória
SVA- Sonda vesical de alívio
GTT- Gastrostomia

Aviso de Cirurgia : 38872
Paciente : 111251

Convênio Atend. : 1

Leito : 701

Dt. Início : 26/11/2018 18:45

Cid Pré-Operatório : S520

Cid Pós-Operatório : S520

Sala : 0004

SALA 04

LUILSON NUNES DA SILVA

SUS - INTERNACAO

401 - 03 - LT TRAUMA

Dt. Fim : 26/11/2018 18:45

Atendimento : 469408

Carteira :

Idade : 49 Anos

FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO CUBITO [ULNA]
FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO CUBITO [ULNA]

Procedimento: 0408020547

Convênio: 001

Anestesia: 39

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO OU FRATURA-LUXAÇÃO DO COTOVELO (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
BLOQ DE PLEXO BRAQUIAL + SEDACAO

CIRURGIAO
ANESTESISTA

15820 BRUNO HENRIQUE PIRES DE LIRA
7817 MARCIA LEVY TEMPORAL DE MELO

Descrição Cirúrgica :

1. PACIENTE EM DECÚBITO VENTRAL EM MESA CIRÚRGICA + COLOCAÇÃO DE GARROTE PROXIMAL
2. ASSEPSIA + ANTI-SEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
4. INCISÃO EM REGIÃO POSTERIOR DO TERÇO PROXIMAL DO ANTEBRAÇO ESQUERDO
5. ABERTURA POR PLANOS + VISUALIZAÇÃO DE FRATURA COMINUTIVA DE OLÉCRANO, COM COMPROMETIMENTO ARTICULAR SIGNIFICATIVO, COM GRANDE POSSIBILIDADE DE SEQUELA
6. LIMPEZA COM SF 0,9% + REDUÇÃO DA FRATURA + FIXAÇÃO PROVISÓRIA COM FIOS-K
7. FIXAÇÃO DE FRATURA SAGITAL DO OLÉCRANO COM PARAFUSO INTERFRAGMENTAR + COLOCAÇÃO DE PLACA DE RECONSTRUÇÃO DE 10 FUIROS, SENDO FIXADA COM 07 PARAFUSOS + COLOCAÇÃO DE FIO-K 2.0 PARA MELHORA DA ESTABILIDADE
8. CONTROLE RADIOSCÓPICO
9. LAVAGEM COM SF
10. SUTURA POR PLANOS
11. CURATIVO
12. RETIRADA DO GARROTE
13. RX CONTROLE

OBS.: TENTADA FIXAÇÃO COM PLACA DCP, PORÉM NÃO HAVIA INSTRUMENTAL ADEQUADO PARA MODELAR A PLACA, E POR ISSO FOI FEITA A FIXAÇÃO COM PLACA DE RECONSTRUÇÃO. A PLACA DCP FICOU DANIFICADA, SEM POSSIBILIDADE DE REUTILIZAÇÃO.

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Bruno Henrique P. de Lira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 15.820/TEOT 13.110

DR(A) : BRUNO HENRIQUE PIRES DE LIRA
CRM : 15820

BRUNO HENRIQUE PIRES DE LIRA
Faturamento / SAME
26/11/2018

26.11.18

Sala 404/3

Paciente: LUIKSONI NUNES DA SILVA

Sexo: M Cor: P Idade: 49A Risco: NENHUM

CRM: 1810 Nome do Anestesiologista: MARCIA TEMPLER Nome do Cirurgião: RONALDO VITA

Medicação Pré-anestésica: MIDAZOLAM 2mg + Fentanil 50mcg Urgência: ☒ NÃO ☐ SIM

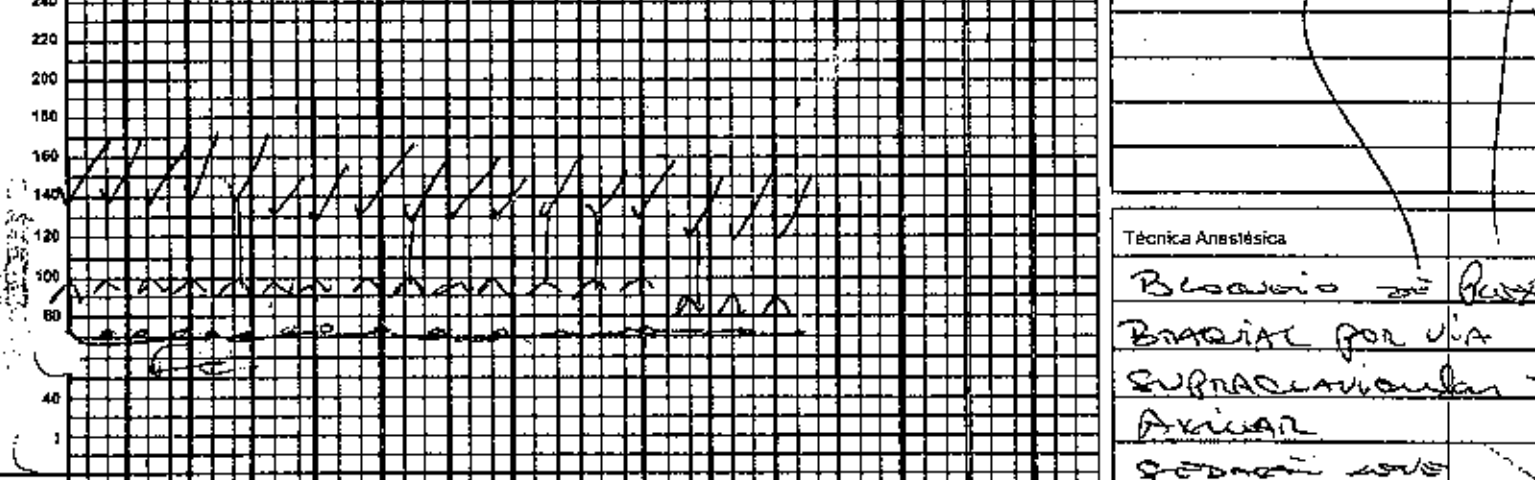
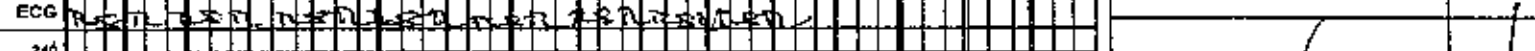
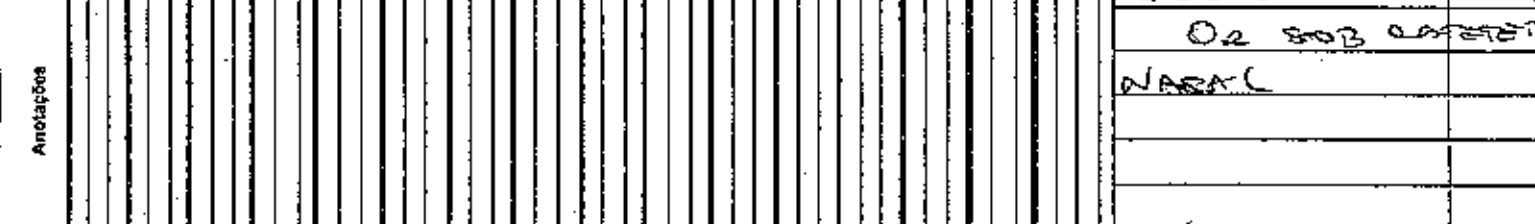
Cirurgia: TT cirurgias de FUTURA DO OCEANO ATLÂNTICO

Horário: 16:00 17:00 18:00

N.O.:

Líquidos: 

ETCO2:

ECG: Anestésico: 

Drogas Usadas

Quantidade

Vito. 500mg

- alfazolam 200g

- midazolam 2mg

- fentanil 50mcg

- ropivacaina 200mg

- lidocaína 2% 50ml

- diprivan 2.0g

Técnica Anestésica

Bloqueio de Baxo

Baxo por via

supraclavicular

Axilar

Sedação leve

O2 80% cateter

nasal

Monitorização

☒ Cardíaco

☒ Oxímetro

☒ PNI

☐ Sonda Vesical

☒ Capnógrafo

☐ Elet. Pré-Cordial

☐ Outros

☐ BIS

☐ Temperatura

☐ Swan-Ganz

☐ Analisador Gases

☐ PVC

☐ Estimulador de Nervo

☐ Linha Arterial

☐ Volémia IBP Plus

Encaminhado

☒ Acordado

☐ Sonolento

☐ Intubado

Destino

☒ SRPA

☐ Apert/Ent.

☐ UTI

☐ Externo

Intercomência: ☒ NÃO ☐ SIM

Descrever:

Observações: Não anestes

deba com o paciente

em jejum

Assinatura do Anestesiologista: Marcia Templer

**GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO**

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Leison Nunes da Silva Data: 26-11-18 Hora: 16:00 Registro: 111251
Convênio: SUS Letor: 401-3 Peso: - Altura: -

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: D^r Bruno Nave Anestesiologista: D^r Marcos
Auxiliar: - 2º Auxiliar: - Instrumentador: -

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: 4º Quadrante Abdominal - Oligonefrosia Início: 16:40 Término: 18:45
Anestesia: Alagados de peso + sedação Início: 16:00 Término: -

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

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

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

Posição: Fowler () Lateral () Dorsal (x) Ventral () Ginecológica ()
Banho de Sangue () Laboratório () Radiologia () Peça Cirúrgica: Sim ()

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso (x) Monitor Cardíaco (x) PNI (x) Bomba CEC () Aspirador ()
Colchão Térmico () Eletrodo Ultrassônico () Artoscópio () Microscópio () Capnógrafo ()
Bisturi Elétrico () Local da Peça () Intenificador ()
Carro de Anestesia () Difusor () N° ()
Ap. Vídeo () Bomba de Infusão ()
Oxigênio () Início () Término ()
Protótipo () Início () Término ()
Gás Carbônico () Início () Término ()
Outros: -

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Cânula Orotraqueal: Sim () Não (x) Puncão Venoso: Sim () Não ()
Sonda Vesical de Demora: Sim () Não (x) Sonda Gástrica: Sim () Não ()
Drenagem (Tipo e Local): Sim () Não (x) USG
Curativo (Tipo e Local): Sim (x) Não ()

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: Segue no monitor de CIRURGIA: Segue no monitor de
do paciente paciente

6 - OBSERVAÇÕES: Início de sangramento às 16:30
relato do sangramento às 18:45

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: Acordado (x) - Narcose () Entubado () Traqueostomizado ()
Encaminhado para: SRPA (x) S. Intensiva () LICOR () UTI () Apr () Residência ()

Data: 26-11-18 Hora: 18:45 Enfermeiro: Daniel Circulante: Amélia

512972

HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARASISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

BLOCO CIRÚRGICO - SRPA

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Nome: <u>Leilton Nunes da Silva</u>		Registro: <u>111251</u>	Leito: <u> </u>
Procedimento cirúrgico: <u>No Limb. I. ab. Ovariano</u>		Data: <u>06/03/18</u>	Hora: <u> </u>
DIAGNÓSTICO		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
1. Ansiedade (☒)		☒ Entorajar verbalização dos sentimentos e medos ☒ Proporcionar apoio emocional ☒ Dar informação ao paciente e familiares ☐ Outros: <u> </u>	
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: <u> </u>	
3. Padrão de eliminação urinária (☐) Diminuído (☐) Aumentado		☐ Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de <u> </u> 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: <u> </u>	
4. Dor (☒) Local: <u> </u> (☐) 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: <u> </u>	
5. Integridade tissular prejudicada (☒)		☐ Descrever características da lesão ☒ Realizar curativo a cada <u>24</u> h ☐ Realizar mudança de decúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação ☐ Medir débito de dreno de <u> </u> h ☒ Manter curativo oclusivo por <u>24</u> h ☐ Outros: <u> </u>	
6. Sangramento (☒) Local: <u> </u> (☐) Leve (☐) Moderada (☐) Severo		☐ Aferir pressão arterial de <u> </u> / <u> </u> min ☐ Manter elevado: <u> </u> ☒ Realizar curativo oclusivo ☐ Outros: <u> </u>	
7. Imobilidade no leito prejudicada (☐)		☐ Pinçar dreno ao manusear o paciente ☐ Avaliar mobilização de dreno (Tracionado) ☐ Manter repouso no leito em posição: <u> </u>	

CÓD. 38605



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: 06

Nome: Arthur Nunes da data: 26/11/18 Hora: 18:50 Registro: 111257
Leito de origem: _____

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: II. CRUE Fratura Omerano (E)
Tipo de anestesia: Bloqueio Plexo + Sedação leve
Equipe: Dr. Bruno Hrc Anestesiista: Dr. Marcus

3. Admissão

Estado geral: () Bom (X) Regular () Torporoso () Grave
Respiração: (X) Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () SVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não (X) Sim Onde: MSA
Acesso Venoso Central: (X) Não () Sim Onde: _____
Drenos: (X) não () sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 166 x 123 mmHg FR: _____ p/min FC: 53 p/min SaPO2: 93%
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	141 x 92	125 x 86	120 x 70	124 x 82	127 x 80	
FR	—	—	—	—	—	
FC	55	62	62	57	56	
SaPO2	95%	97%	96%	95%	97%	
Glasgow	—	—	—	—	—	

5. Intercorrências/observações:

DRA. REBECA FELISSA
Médica Anestesiologista
CPF: 057.524.114-40
CRM: 18488

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: _____

PACIENTE: <u>Luizson Nunes da Silva</u>		DATA: <u>26.11.19</u>	
CIRURGIÃO: <u>Dr. Bruno Lima</u>		RG: <u>111251</u>	
ANESTESISTA: <u>Blagomir D. Mares</u>		AUXILIAR: <u>-</u>	
CIRURGIA: <u>550. Cistostomia por fratura de Orelhas</u>		ANESTESIA: <u>Blagomir de Jesus + Sedação</u>	
ESTRUMENTADOR: <u>Luizson</u>		COORDENAÇÃO DO BLOCO: <u>Reunio</u>	
CIRCULANTE: <u>Quintão</u>		COREN: <u>-</u>	
ENFERMEIRA: <u>D. Amvello</u>		HORARIO INICIAL: <u>16:40</u> HORARIO FINAL: <u>18:15</u>	

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
AGULHAS			
13X4,5	25X7	25X8	40X12
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27
ATADURAS			
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM	
CANULAS			
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
TRAQUEOST 9,0			
CATETER			
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	
LIMPADORES			
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400
CURATIVOS			
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX
EQUIPOS			
BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SORO MACRO
EXTENSORES			
20CM	40CM	60CM	120CM
LAMINAS			
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6	
LUVAS			
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5
SERINGAS			
1ML	3ML	5ML	10ML
20ML	60ML	60ML CATETER	
AVENTAL CIRUR.	B5. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/VIDEO
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXAO 2VIAS	CONEXAO 4VIAS
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GAZES	GELFOAN
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
DRENOS			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCCAO 3,2	SUCCAO 4,8	SUCCAO 6,4
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36
SONDAS			
ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRACAO 10	ENDOTRAQ. 2,0	ENDOTRAQ. 2,5	ENDOTRAQ. 3,0
ENDOTRAQ. 3,5	ENDOTRAQ. 4,0	ENDOTRAQ. 4,5	ENDOTRAQ. 5,0
ENDOTRAQ. 5,5	ENDOTRAQ. 6,0	ENDOTRAQ. 6,5	ENDOTRAQ. 7,0
ENDOTRAQ. 7,5	ENDOTRAQ. 8,0	ENDOTRAQ. 8,5	ENDOTRAQ. 9,0
FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
FOLEY 2VIAS 06	FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12
FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20
NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 16
NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4
URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20
FIOS CIRURGICOS			
ALGODAO 0	ALGODAO 2-0	ALGODAO 3-0	FITA CARDIACA
CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 2
PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	CERA P/OSSEO	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	AÇO 1	AÇO 4	AÇO 6

HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: Wilson Nunes da Silva Registro: _____ Nº Atendimento: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim () Não
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: RETIRO

Queixa Principal e Duração:

PT com dor no
um dor no colomb (C)

História da Doença Atual:

PT com dor no PT pt
per budo dor no colomb (C)

Interrogatório Sintomatológica:

Dor limpa Edema

IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: Leison Nunes da Silva Data: 26/11/18 Registro: 111251
Convênio: SUS Leito: 401-3 Hora: 16:00

2. Equipe médica:

Orugião: _____ 1º auxiliar: _____
Anestesista: D^o Marcia Instrumentador: Laura
Circulante: Quintão

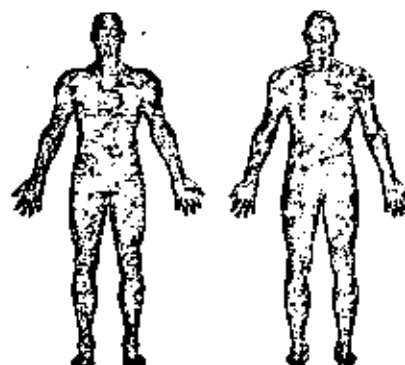
INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
1 lap 1 esrote 1 moxa	901881-21-60 20 81-60-60 02.12.183499	HDH-CHIEF-ISA 25.11.18 02 02.12.183499
1 punho de laco 1 bazeo MMS 1 fio Engleson 1.0	HDH-CHIEF-ISA 08.11.18 01 08.02.193049	HDH-CHIEF-ISA 25.11.18 02 02.12.183501
1 kit Anestico. 1 ex 3.5 Presmed. 2 fio K N° 2.0	HDH-CHIEF-ISA 19.11.18 02 26.11.183468	HDH-CHIEF-ISA 10 81-60-60 03.11.18 01
1 martelo	HDH-CHIEF-ISA 10 81-60-60 26.11.183468	HDH-CHIEF-ISA 03.11.18 01 03.02.193141
	HDH-CHIEF-ISA 26.11.183468 03.11.18 02	
	HDH-CHIEF-ISA 22.11.183468 22.11.18 01	
	HDH-CHIEF-ISA 22.11.183468 22.11.18 01	

LAIS PASCHOAL CORREIA/PE 541.126
VAL: 22/11/2019
EST: 22/11/2019
PLASMA
LOTE: 266147
CME
FUNDACAO PROFESSOR MARTINIANO FERREIRA
MOTOR

CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

Data: ____/____/____ Hora: ____:____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome:	<u>Leiliane Xuxena da Silva</u>
Data de Nascimento:	<u>11/12/59</u>
Sector:	<u>TR.O</u>
Registro:	<u>201-3</u>



SINAIS VITAIS	
PA: <u>80</u>	T: <u>36.5</u> HGT: <u>1.60</u>
Observação:	

ENTREVISTA	
HIPERTENSO:	SIM (☒) NÃO (☐) MEDICAÇÃO EM USO: _____
DIABÉTICO:	SIM (☐) NÃO (☒) MEDICAÇÃO EM USO: _____
HÁBITOS:	TABAGISTA: SIM (☐) NÃO (☒) Há quantos anos: _____ Qtd/dia: _____
	ETILISTA: SIM (☐) NÃO (☒) Há quantos anos: _____ Qtd/dia: _____

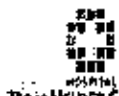
EXAMES SOLICITADOS	
IMAGEM: RX (☒) TAC c/ Contraste (☐) USG (☐) ECO (☐) LABORATORIAL: _____ SIM (☐) NÃO (☐)	TAC s/ Contraste (☐) RNM (☐) CATE (☐) Observação: _____
PARECER CARDIOLÓGICO:	SIM (☒) NÃO (☐) Risco Cirúrgico: <u>R - Moderado</u>
RESERVA DE HEMODERIVADOS:	SIM (☐) NÃO (☒) GRUPO SANGÜÍNEO: _____
RESERVA DE LEITO DE UTI: <u>Aguardar</u>	SIM (☐) NÃO (☒) Qual? UTI: _____ LEITO: _____

ALERGIA		USO DE SONDAS
SIM (☐) QUAL: _____	NÃO (☒) OBSERVAÇÃO: _____	SNE (☐) SNG (☐)
ANTIBIÓTICO PROFIÁTICO		SVD (☐)
SIM (☐) QUAL: _____	NÃO (☐) OBSERVAÇÃO: _____	Outra: _____
DRENO		SIM (☐) NÃO (☐)
SIM (☐) QUAL: _____	NÃO (☐) HORÁRIO DA ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO: _____	Qual: _____
		Local: _____

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE	
JEIUM:	SIM (☒) NÃO (☐) A partir do dia: <u>11/12</u> às <u>20h</u> Observação: _____
HIGIENIZAÇÃO:	SIM (☒) NÃO (☐) Observação: _____
TRICOTOMIA:	SIM (☐) NÃO (☒) Observação: _____
RETIRADO ADORNOS:	SIM (☒) NÃO (☐) RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA: _____ SIM (☐) NÃO (☐)
CIRURGIAS ANTERIORES:	SIM (☐) Quais/Datas: _____ NÃO (☒)
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE:	SIM (☐) Quais/Datas: _____ NÃO (☒)
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:	SIM (☒) Observação: _____ NÃO (☐)
LATERALIDADE DEMARCADA:	SIM (☐) Observação: _____ NÃO (☐)

Enfermeiro Responsável: Renata Reis

(Assinar e Carimbar)



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

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

Fundação Professor Martiniano Fernandes
IMIP HOSPITALAR
CNPJ: 09.039.744/0001-84

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 111251

Nome: LUILSON NUNES DA SILVA

Mãe: MARIA GOMES DA SILVA

End.: RUA DA ESPERANÇA

Inform.: 401 - 03 - LT TRAUMA

Atendimento: 469408

Leito: 701

Dt. Cad: 24/11/2018

Dt. Nasc: 08/08/1969

Bairro: PONTEZINHA

Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

CNS: 704202776806286

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- ☒ Confirmação sobre o paciente
 - Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado
 - Consentimento informado realizado
- ☒ Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
- ☒ Checagem do equipamento anestésico
- ☒ Oxímetro de pulso instalado e funcionando
- ☒ O paciente tem alguma alergia?
 - ☒ Não
 - ☐ Sim

- ☒ Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?
 - ☒ Não
 - ☐ Sim e há equipamento disponível
- ☒ Há risco de perda sanguínea > 500ml (7mL/kg em crianças)?
 - ☒ Não
 - ☐ Sim e há equipamento disponível

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- ☒ Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
- ☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam
 - Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado
- ☒ Antecipação de eventos críticos:
 - ☒ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia?
Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas?
 - ☐ 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 *Px*
- ☐ Não se aplica

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- ☒ Nome do procedimento realizado *Troca cirúrgica de decubito*
- ☐ 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

Ruana Cereja
Enfermeira
CORELPE 513817

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Julson Nunes das Neves

Registro: 11127

Clínica: ORNO

Enfermaria: TRU

Leito:

Data/Hora	
26.11.18 10h	Horário Paciente segue internado em UTI, com evolução satisfatória. Em uso de medicação. FLG (500 mg) <i>Dr. Mariana S. de Almeida Araújo</i> <i>Mônica</i> <i>CREMPE-25411 / CRM-PB-1026</i>
26.11.18 14:00h	Psicologia Realizado acolhimento - p. no momento constante, orientado, receptivo. <i>Dr. Dom Helder Camara</i> <i>Solange Lyra</i> <i>Faturamento / SAME</i> <i>Em: 26/11/18</i> ERP 11044
	Atendimento Nutricional Data: <u>26/11/18</u> Hora: <u>13:00h</u> ORNO 11044 Nutricionista Responsável <i>Dr. Dom Helder Camara</i> <i>Solange Lyra</i> <i>Faturamento / SAME</i>

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Luíson Nunes da Silva Registro: 11.1251

Clinica: Ortopedia Enfermaria: Vinte Leito:

Data/Hora	
24/11/18	<i>Dr. Celso</i> Pt. segue internado p/ Ho. cirurgia <i>Dr. Bruno Daltro</i> Ortopedia Traumatologia CRM 26693
25/11/18	Paralelo 1 dia para exame de casa. Segue RHC. ext. em quarto. AG - Amis. (2) - mantido <i>Dr. Antonio Luis S.</i> Medico CRM 24336
25/11/18	<i>Condição</i> Test: Creat 0,74; PLR 7,0; K 9,0; M 792; Hb 13; Hct 37,5; PT 23,7 seg; VHA 12; TAP 9,5; V 17 ECG: RS. ritmo em - 35 seg 5VE; DLBD leve, den AKV sem ET, BDR, FC 85 Em uso de: HA 7/0, parem em Ha. DMO, DLPD, deidro, furo, 9 opio, deod, dehidro, VAC, ALCO, coagulante desgost Sem sintomas cardiologicos, Sabe-se de adeno entor concepção mental Ex bom, expulso sem edema, bem perfundido, LOTE hidratado, carado, AR-SMA, AHA, diuretic, AL: RCR em 27 PA 76/80, FC 88, SS, BSE,

Dr. Daniel Costa
CRM 18404

Plácido de bem visto p/ cir. de rino moderado

1) 48h monitorizar 3) Prescrição de 25mg/dia



Pernambuco



HOSPITAL
DOM HELDER GAMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Juliana Nome da Mãe Registro: 111251

Clinica: gastro Enfermaria: Leito:

Data/Hora	
27/07/14	# 01/07/14 #
3:00	AD - Fartura em observação @
	PT pós cirurgia com alta
	hospitalar com sintomas
	ambulatoriais.
	com S.M. / 10/10/14

Dr. Bruno Dutra
gastroenterologista
CRM 25595



**HOSPITAL
DOM HELDER CAMARA**



**GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR**

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ Registro: _____

Clínica: _____ **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____

[illegible]

Resumo de Alta Hospitalar

PACIENTE: LUILSON NUNES DA SILVA

REGISTRO: 111251 | IDADE: [Status] | DATA ADMISSÃO: 24/10/2018 | DATA ALTA: 27/11/2018

1) Diagnósticos Definidos:

FRATURA DE OLECRANO E

2) Conduta/ Procedimentos Realizados:

TTO COM PLACA + PARAFUSO + FIO K

3) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

4) Informações Complementares:

1) MANTER MEMBRO ELEVADO

2) FAZER COM FREQUÊNCIA ELEVADA MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO DOS DEDOS DA MÃO

3) MANTER IMOBILIZAÇÃO ATÉ O RETORNO

4) CURATIVO DIÁRIO EM POSTO DE SAÚDE

5) RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 02 SEMANAS

6) NÃO PEGAR EM PESO

Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X) Data da Consulta: 12/12/2018

Não ()

08:00 às 09:00

Por ordem de chegada

Assinatura do Médico e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco – SES /PE
Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar
Hospital Metropolitano Sul – Dom Helder Câmara
Rodovia BR 101 Sul – KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho – PE

Dr. Bruno Daltro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 26893



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de retorno ambulatorial no HDH.

Resumo de Alta Hospitalar

PACIENTE: LUILSON NUNES DA SILVA

RÉGISTRO: 111251

IDADE: [Status]

DATA ADMISSÃO: 24/11/2018

DATA ALTA: 27/11/2018

1) Diagnósticos Definidos:

FRATURA DE OLECRANO E

2) Conduta/ Procedimentos Realizados:

TTO COM PLACA + PARAFUSO+ FIO K

3) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

4) Informações Complementares:

- 1) MANTER MEMBRO ELEVADO
- 2) FAZER COM FREQUÊNCIA ELEVADA MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO DOS DEDOS DA MÃO
- 3) MANTER IMOBILIZAÇÃO ATÉ O RETORNO
- 4) CURATIVO DIÁRIO EM POSTO DE SAÚDE
- 5) RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 02 SEMANAS
- 6) NÃO PEGAR EM PESO

Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X) Data da Consulta: 12/12/2018

Não ()

07 AS 9:00

Por ordem do chefe

Assinatura do Médico e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES /PE
Fundação Professor Martiniano Fernandes - IMIP Hospitalar
Hospital Metropolitano Sul - Dom Helder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE



(81) 3183 0149

**Telefone para marcar consulta de
retorno ambulatorial no HDH.**



FISIOTERAPIA DO CABO

Ficha do Paciente Grupo SUS: 1

SUS ☒ PART. ☐ ACUPUNTURA ☐	Mês/ano: 04/19	125/02	6.10/04
Nome: <u>Wilson Nunes da Silva</u>	201/04	7.12/04	
CNS:	Horário: 9.00	303/04	8.15/04
Data Nascimento: <u>08/08/69</u> Cor: <u>02</u>	TTO: <u>7+US4</u>	4.05/04	9.17/04
Patologia: <u>Doença de Espondilite E</u>	<u>cinelisa</u>	5.08/04	10.22/04
Hipertenso ☐ Diabético ☐ Cardiopata ☐	Controle de PA: Sim ☐	XX	XX
Observação: "Vir todos os dias marcados e no horário correto." "Não faltar!"			

Rua José Plech Fernandes, 115 - Loja B - Centro - Cabo de Santo Agostinho - PE

Fone: (81) 4123-0131

Dr. Edmar Geraim
Fisioterapeuta
(24) 459-4

LAUDO MÉDICO

Data do Atendimento: 14/01/19

Nº PRONTUÁRIO: 111251

NOME DO PACIENTE: Luiza Pereira do Silo

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Fratura do úmero,
@ com tratamento cirúrgico

CID: 60 ano de idade
paciente fraturado p/ mobiliz

OBS.: teja

SSO

Anderson Ary Dias
Ortopedista e Traumatologista
CRM-21731

Nº DIAS: 90 (—)

AFASTAMENTO DO TRABALHO

Assinatura do Médico
Carimbo

LAUDO MÉDICO

Data do Atendimento:

12/12/18

Nº PRONTUÁRIO:

111251

NOME DO PACIENTE:

Dulson Nunes da Silva

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Pos op

Foco de decoro (E) grave

CID:

S52

OBS.:

Nº DIAS:

()

AFASTAMENTO DO TRABALHO

Dra. Mariana S. de Almeida
Assinatura do Médico
Cambo
CREME-24111 (12/12/18)

Fisioterapia

Data do atendimento: 27/11/2018

Paciente:

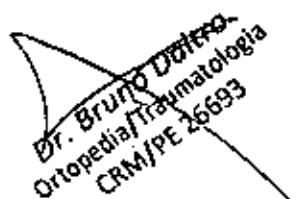
LUILSON NUNES DA SILVA

SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA

INDICAÇÃO CLÍNICA:

FRATURA DE OLECRANO E

Nº : VINTE (20) SESSÕES


Dr. Bruno Dutra
Ortopedia/Traumatologia
CRM/PE 26693

Cabo de Santo Agostinho, 27 de novembro de 2018

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: Francisco Ferreira Júnior
CRM. UF: PE Nº 23424
Endereço: Hosp. Dom Helder Câmara,
Rodovia BR 101 Sul-KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho – PE
Fone: (81) 3183.0000

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

27/11/2018

Paciente: **LUILSON NUNES DA SILVA**

Endereço:

Prescrição:

1) CEFALEXINA 500 MG – 28 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMP VO 6/6H DURANTE 07 DIAS

2) Dipirona 01g – 01 caixa

Tomar 01 comprimido via oral de 6/6h quanto tiver dor.

OPCIONAL PARA DOR MUITO FORTE:

3) Paco (paracetamol 500mg+ codeína 30mg) – 01 caixa

Tomar um comprimido via oral de 8/8horas se a dor for muito forte

Dr. Bruno Daltro
Ortopedia/Traumatologia
CRM/PE 26693

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.: Órg. Emissor:

End.:

Cidade: UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____

LAUDO MÉDICO

Data de Atendimento: 12, 04, 19

Nº PRONTUÁRIO: 111251

NOME DO PACIENTE: Wilson Romão da Silva

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Franco em Cerebela ©

CID:

342.4

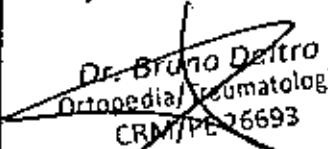
OBS.:

Terminado Consolidação Óssea

Nº DIAS

AFASTAMENTO DO TRABALHO

Terminado Consolidação com flexão
de cervical


Dr. Bruno Daltro
Ortopedia/Traumatologia
CRM/PE 26693

Assinatura do Médico
Carimbo

CÓD. 36391

LAUDO MÉDICO

Data de Atendimento: 12/09/17

Nº PRONTUÁRIO: 111251

NOME DO PACIENTE: Leanderson Nemes da Silva

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: 7º mês pós-operatório
fratura de cotovelo esquerdo.

CID: Liberação para retorno às atividades
laborais.

OBS.: Alta ambulatorial.

CID: 559.7

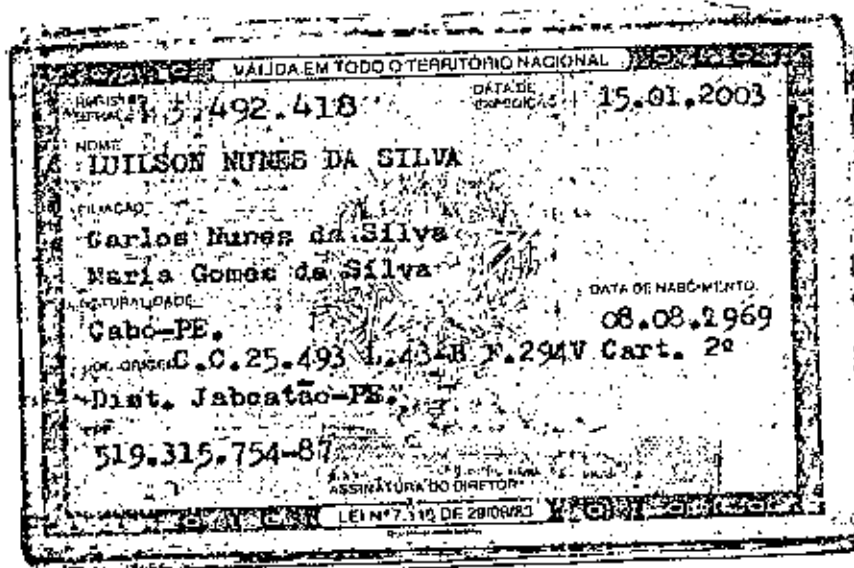
Nº DIAS _____ () AFASTAMENTO DO TRABALHO

Vinício de Escala
Dr. [Assinatura]
12/09/17

Assinatura do Médico
Carimbo



Documentos de identificacao





Laudos do IML - Lesões corporais



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

EXAME COMPLEMENTAR Nº 31282 / 2019

REFERENTE AO LAUDO Nº / 2019

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLICIA DA 022A. CIRCUNSCRICAO - PIEDADE
Ofício nº. 016 / 2019 Data 24 / 7 / 2019
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLICIA DA 022A. CIRCUNSCRICAO - PIEDADE

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 07:56 do dia 24 de Julho de 2019, na seção de Clínica Médico-legal, procederam o exame de **LUISSON NUNES DA SILVA** filho(a) de **CARLOS NUNES DA SILVA** e de **MARIA GOMES DA SILVA** de cor Parda, sexo Masculino, cabelo **NÃO INFORMADO**, estado civil Casado (a), apresentando a idade de 49 Anos, peso **NÃO INFORMADO**, de estatura Média, natural de **CABO DE SANTO AGOSTINHO - PE**, nacionalidade **BRASIL**, documento apresentado **RG: 3492418**, profissão **NÃO INFORMADO**, vestes **NÃO INFORMADO**, sinais particulares **NÃO INFORMADO**, local de ocorrência **NÃO INFORMADO**, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Comparece para exame complementar, nesta data, neste Instituto: Perícia Traumatológica Inicial Nº 47553/2018.

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Apresenta excelente resultado funcional pós-operatório de fratura do olecrano esquerdo. Arco de movimentos do cotovelo esquerdo funcional. Sem deformidades e/ou atrofia em Membro superior esquerdo. Cicatriz cirúrgica de bom aspecto cosmético.

QUESITOS:

1º) Da ofensa à integridade corporal ou à saúde do periciando resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função; perigo de vida; incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias; aceleração de parto? (especificar)

Sim. Incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30(trinta) dias.

2º) Da ofensa resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)

Não.

3º) Do ponto de vista Médico-legal, o periciando está restabelecido?

Sim



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA



INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr^o. CÍCERO HELENO ALBUQUERQUE FEITOSA
- CRM 11253.

Perito responsável

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Instituto de Medicina Legal - Antônio Persivo Cunha
Seção de Perícia
De acordo com a Legislação em vigor, foi expedida esta cópia
autenticada com visto do original por solicitação
de Welson Nunes da Silva

Prato Queda N°

Destado de

16.08.19 A que dou fé e Assino.

Welson Nunes da Silva
Fundador - Matrícula



ROSANE PEREIRA LITE
Mat. n° 263.190-3
INIL-APC - Seção (Perícia)



POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DGOPI GPRM
22ª Circunscrição Policial - PIEDADE

OFÍCIO nº 182 / 2018
BOE nº 18E0130007749

Piedade, 03 de DESEMBRO de 2018.

Senhor Gestor,

Através deste, encaminho a esse Instituto, para que seja submetida a
EXAME TRAUMATOLÓGICO, a pessoa abaixo qualificada:

Nome: LUTILSON NUNES DA SILVA

RG: 3.492.418

Data Nascimento: 08.08.1969

Naturalidade: CABO - PE

Filiação: CARLOS NUNES DA SILVA
MARIA GOMES DA SILVA

Endereço: R. DA ESPERANÇA, 07

Solicito que tão logo seja o laudo pericial concluso, faça-se remessa
para esta **Delegacia 22ª Circunscrição Policial - PIEDADE**.

Atenciosamente,


Osias Tibúrcio Fernandes de Melo
DELEGADO DE POLÍCIA

Osias Tibúrcio Fernandes de Melo
Delegado de Polícia
Mat. 272.516-9

Ilmo. Sr.

MD. GESTOR DO IMLAPC - SDS - PE

RECIFE - PE

47553
47553
Co. Medicina Legal Pol. P. A.
Com. de Exatidão, S/N
Recife - PE
24/12/18
Arquivo



POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DIM 6º DESEC
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 22ª CIRCUNSCRIÇÃO - PIEDADE
Rua São Sebastião, s/n, Piedade, Jaboatão dos Guararapes

31282/19

Jaboatão dos Guararapes, 25 de Abril de 2019.

Ofício nº 016/2019

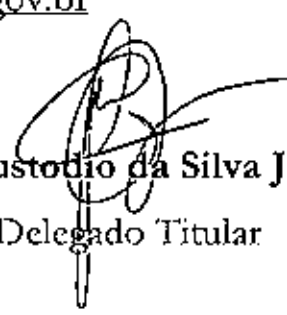
Senhor(a) Diretor(a),

Com a finalidade de instruir procedimento policial em tramitação nesta Delegacia de Polícia, solicito providências no sentido de realizar o

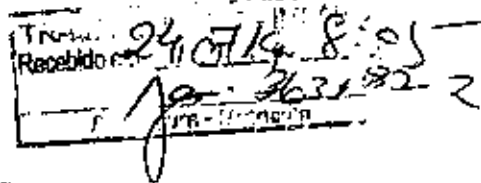
Exame Traumatológico Complementar

na pessoa de **LUILSON NUNES DA SILVA**, RG: 3492418 SDS/PE; Nasc. 08/08/1969, filiação: Carlos Nunes da Silva e Maria Gomes da Silva, residente na Rua da Esperança, nº 07 – Jaboatão dos Guararapes

O respectivo laudo deverá ser encaminhado a esta 22ª Delegacia – Piedade, com a maior brevidade possível, através do e-mail dp22circ.piedade@policiacivil.pe.gov.br


José Custódio da Silva Junior
Delegado Titular

Ilustríssimo Senhor
Diretor do Instituto Médico Legal
Recife/PE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190607984 **Cidade:** Cabo de Santo Agostinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUILSON NUNES DA SILVA **Data do acidente:** 24/11/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OLÉCRANO ESQUERDO.

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

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 5/6/7/9/20_CIRURGIA
CONFORME O LAUDO IML Nº 31282/2019 - DATA: 24/07/2019 - CÍCERO HELENO ALBUQUERQUE FEITOSA CRM
11253

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376262/19

Vítima: LUIILSON NUNES DA SILVA

CPF: 519.315.754-87

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 24/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUIILSON NUNES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de registro de acidente declarado

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Laudo do IML - Lesões corporais

Outros

Outros



LUIILSON NUNES DA SILVA : 519.315.754-87

Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/10/2019

Nome: LUIILSON NUNES DA SILVA

CPF: 519.315.754-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/10/2019

Nome: Patricia Aleixo Silva

CPF: 068.500.787-12

LUIILSON NUNES DA SILVA

Patricia Aleixo Silva



Sistema Polícia Ágil

[SAIR DO SISTEMA](#)

CIVIL **CRIMINAL** **CAPTURAS** **CARCERÁRIO** **PLACAS** **CELULAR** **INFOPOL**

[NOVA PESQUISA](#) > FICHA DO DETRAN[GERAR RELATÓRIO EM PDF](#)

FICHA DO VEÍCULO

Situação: NORMAL

Placa: PDT2725

Nome proprietário: WILMA LINO DA SILVA

CPF do proprietário:

UF: PE

Tipo: AUTOMÓVEL

Espécie: PAS

Combustível: ALCO/GASOL Marca / Modelo: RENAULT/SANDERO ST16 SCE

Marca: RENAULT

Cor: PRATA

Ano Fabricação:

Município: JAB GUARARAPES

Logradouro: AVENIDA PRESIDENTE KENNEDY

Número: 5427

Bairro: CANDEIAS

Cep: 54440480

Complemento: APT 303

Chassi: 93Y5SRFHGJJ364629

Restrição: AL, FID, BANCO RCI BRASIL

Renavam: 1153303962

Licenciamento: R\$ 0,00

IPVA: R\$ 0,00

Seguro: R\$ 0,00

Bombeiro: R\$ 0,00

Conservação: R\$ 0,00

Taxas: R\$ 0,00

Multas: R\$ 0,00

Quantidade Multas: 0

Quantidade de multas a vencer: 0

Multas a vencer: R\$ 0,00

IPVA a vencer: R\$ 0,00

Total: R\$ 0,00

Situação Bin: NORMAL

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376262/19

Número do Sinistro: 3190607984

Vítima: LUIILSON NUNES DA SILVA

CPF: 519.315.754-87

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 24/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUIILSON NUNES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

LUIILSON NUNES DA SILVA : 519.315.754-87

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

Outros



ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/12/2019

Nome: LUIILSON NUNES DA SILVA

CPF: 519.315.754-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2019

Nome: Bruno Leonardo do Rosário Flores

CPF: 057.215.377-52

LUIILSON NUNES DA SILVA

Bruno Leonardo do Rosário Flores

Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190607984

Vítima: LUILSON NUNES DA SILVA

Data do Acidente: 24/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUILSON NUNES DA SILVA

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, 31 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190607984

Vítima: LUIZSON NUNES DA SILVA

Data do Acidente: 24/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUIZSON NUNES DA SILVA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois, o formulário 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.

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

Pág. 0197501976 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 15035512

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.

É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS

01 a 16 Registro de informações cadastrais

Preencher corretamente de acordo com a documentação.

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

17 Nome completo do Representante Legal

Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.

18 CPF do Representante Legal

Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.

19 Profissão do Representante Legal

Preencher com a profissão do representante legal.
No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):

Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

20 Renda Mensal do Titular da conta

Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.

21 Dados bancários

Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22 Declaração de Ausência de Laudo do IML

Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente.

MORTE

23 a 33 Declaração de Únicos Beneficiários

A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Apor a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.

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

Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a pedido (a rogo).

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

Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a pedido (a rogo).

37 Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo), na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes. A pessoa escolhida se compromete a dar-lhe ciência do inteiro conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.

TESTEMUNHAS

38 1ª testemunha

Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.

39 2ª testemunha

Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível somente para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

40 Local e Data

Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.

41 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.

42 Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.

43 Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do procurador devidamente nomeado.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoradliver.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Ouvidoria: 0800 022 91 55

0800-0221202
Canal do Corrente
P/ Assunto
DPVAT

Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPRESSATRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190607984 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LUILSON NUNES DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO LUILSON NUNES DA SILVA

CPF/CNPJ: 51931575487

Posição em 20-11-2019 14:07:47

Seu pedido de indenização foi analisado e identificamos pendências que impedem a conclusão do processo. Por favor, regular

Descrição	Tipo	Status	Nome
➔ Autorização de pagamento	Beneficiário	Pendente	LUILSON NUNES DA SILVA

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
01/11/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/zUjKZSNLSWfcbDinp5tS api_key=QQnlz67zcRTIHfCuBYpn4LGsEA4Uq__Hwe78ZiCwx3Hw=)
01/11/2019	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/DeGk85LSKFq3Zofhs3 api_key=QQnlz67zcRTIHfCuBYpn4LGsEA4Uq__Hwe78ZiCwx3Hw=)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376262/19

Vítima: LUILSON NUNES DA SILVA

CPF: 519.315.754-87

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 24/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUILSON NUNES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

LUILSON NUNES DA SILVA : 519.315.754-87

Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/10/2019
Nome: LUILSON NUNES DA SILVA
CPF: 519.315.754-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/10/2019
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

LUILSON NUNES DA SILVA

Patricia Aleixo Silva