

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, 14 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190029201

Vítima: IVSON FELIX DE SIQUEIRA

Data do Acidente: 24/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: STEPHANNY PRISCILA DE OLIVEIRA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), IVSON FELIX DE SIQUEIRA

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

Comprovante de residência incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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



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, 14 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190029201 **Vítima: IVSON FELIX DE SIQUEIRA**

Data do Acidente: 24/07/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: STEPHANNY PRISCILA DE OLIVEIRA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IVSON FELIX DE SIQUEIRA

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

032.782.374-71 Juvon Felix de Siqueira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

Juvon Felix de Siqueira

CPF:

032.782.374-71

Profissão:

Motorista

Endereço:

Rua Láquara

Número:

818

Bairro:

Condúias

Cidade:

Jurutiá dos Guararapes

Estado:

PE

Estado:

Condúias

CEP:

54460-380

E-mail:

STEPHANNY OLIVEIRA.ADV@HOTMAIL.COM

TEL.(DDD):

(83) 9.8664-3636

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1580

CONTA: 1430-75

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Vivos: _____ Falecidos: _____

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:
Nome: Juvon Felix de Siqueira
CPF: 032.782.374-71

(*) Assinatura de quem assina A RODA

Assinatura da vítima, beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

COMPREV - RPA e PROVEDORIA S/A

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

11 JAN 2019

PROTÓCOLO
Assinatura
AGÊNCIA RECIFE

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 022^a CIRCUNSCRIÇÃO - PIEDADE - DP22^aCIRC DIM/6^aDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0112003481

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 05/10/2018 às 15:30

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 24/7/2018 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: AVENIDA BERNARDO VIEIRA DE MELO, 2260, PROXIMO A PROGARIAZ
SÃO PAULO - Bairro: PIEDADE - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

FELIPE HENRIQUE LIRA BRSIL (AUTOR / AGENTE)
IVSON FELIX DE SIQUEIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): IVSON FELIX DE SIQUEIRA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): FELIPE HENRIQUE LIRA BRSIL

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

IVSON FELIX DE SIQUEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mão: JOSEFA MANOEL FELIX Data de Nascimento: 7/3/1974 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 514333/MEX/PE (RG): 03278237471 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Profissão: PORTEIRO Telefones Celulares: - 81987097940

Endereço Residencial: RUA LAGUNA, 818 - CEP: 54460380 - Bairro: BARRA DE JANGADA - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL

FELIPE HENRIQUE LIRA BRSIL (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

HONDA/CG 150 TITAN PRETA - PLACA: PGE-3550 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): IVSON FELIX DE SIQUEIRA, que estava em posse do(a) Sr(a): IVSON FELIX DE SIQUEIRA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN ES Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PGE3550 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)



05/10/2018 15

RENAULT/LOGAN AZUL - PLACA: PFN-5697 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FELIPE HENRIQUE LIRA BRSIL**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FELIPE HENRIQUE LIRA BRSIL**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/RENAULT/LOGAN** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFN5697 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Complemento / Observação

IVSON FELIZ DE SIQUEIRA AFIRMA QUE FOI VÍTIMA DE COLISÃO DE TRÂNSITO NA AVENIDA BERNARDO VIEIRA DE MELO EM PIEDADE. AFIRMA QUE O CONDUTOR DO VEÍCULO LOGAN, FELIPE HENRIQUE LIRA, ATRAVESSOU A VIA DO LADO DIREITO PARA O ESQUERDO SEM SINALIZAR A AÇÃO, COLIDINDO COM SUA MOTOCICLETA. AFIRMA QUE O AUTOR ESTEVE PRESENTE DURANTE O SOCORRO FEITO PELO CORPO DE BOMBEIRO. AFIRMA QUE DEU ENTRADA NA UPA E LOGO APÓS FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DOM HELDER ONDE REALIZOU CIRURGIA. AFIRMA QUE DEU ENTRADA COM FRATURA EXPOSTA NO COTOVELO. AFIRMA QUE PROCUROU A DELEGACIA DE PIEDADE PARA REGISTRAR O FATO E TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS.

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

**IVSON FELIX DE SIQUEIRA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **FELIPE FERNANDO TORRES DE SOUZA** - Matrícula: **3872335** Piedade





INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA
DEPARTAMENTO TÉCNICO
SERVIÇO DE EMISSÃO DE LAUDOS
RECEBIMENTO COM O ORIGINAL

23.10.18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA GERAL DA POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA PROFESSOR ARMANDO SAMICO



Dados da Origem:

Nº PROTOCOLO: 603750

Requisição: D603750/2018 - DELEGACIA DE POLICIA DA 022A. CIRCUNSCRICAO - PIEDADE - RECIFE

REQUISITANTE: Sr. Delegado CIODS



Identificação do Laudo: CrdkOGvj5QWfccJuzRkkVx2FxQbhgjz7pkQfNT225ac1

GGPOC - IC - ICPAS (Recife) - UNICPLAN

Laudo Pericial: 23.325/2018

Dados do exame:

NATUREZA: COLISÃO

LOCAL DO FATO: AVENIDA BERNARDO VIEIRA DE MELO, Nº NÃO INFORMADO,
PIADEDE - JABOATAO DOS GUARARAPES

DATA DA OCORRÊNCIA: 24/07/2018

ENVOLVIDO(S):

Destinatário:

DELEGACIA DE POLICIA DA 022A. CIRCUNSCRICAO - PIEDADE

PERITO(A) CRIMINAL: Dr(a). ALCIDES BUARQUE DA SILVA

NÃO ACOMPANHA(M) PEÇA(S)

COMPREV

COMPRA, VENDA E PREVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

PROTOCOLO

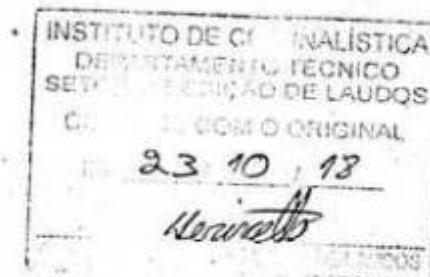
Rua Odorico Mendes, nº 798 - Campo Grande - Recife - PE - CEP: 52.031-080
Fone: (81) 3183-5247 - Fax: (81) 3183-5233 - Email: ic@sds.pe.gov.br



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA PROF. ARMANDO SAMICO



EXAME EM LOCAL DE OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO
LAUDO PERICIAL REP N°. 23.325/2018



Rua, Odorico Mendes, nº 700 – Campo Grande – Recife - PE - CEP: 52.031-080
Fone: (81) 3303-2034 FAX: 3303-2022 - E-mail: ic@sds.pe.gov.br

1



EXAME EM LOCAL DE OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO

LAUDO PERICIAL REP Nº. 23.325/2018

I - INTRODUÇÃO

DATA DA OCORRÊNCIA: Aos vinte e sete (027) dias do mês de julho (07) do ano de dois mil e dezoito (2018);

AUTORIDADE REQUISITANTE: Centro Integrado de Operações de Defesa Social (CIODS-PE) de Pernambuco;

HORA DA CHAMADA: Às vinte horas e quarenta minutos (20h.40min.);

HORA DA CHEGADA AO LOCAL: Às vinte e uma horas e quarenta minutos (21h. 40min.);

LOCAL: Entroncamento formado pelas Avenidas Bernardo Vieira de Melo com Barreto de Menezes no Bairro de Piedade, Município de Jaboatão dos Guararapes - PE; Vigésima Segunda (22^a) Circunscrição Policial;

NATUREZA DO FATO: COLISÃO ENTRE VEÍCULOS, SEGUIDO DE TOMBAMENTO COM VÍTIMA SOCORRIDA;

ENCERRAMENTO DO EXAME: Às vinte e duas horas e vinte e cinco minutos (22h. 25min).

II - HISTÓRICO DO CASO

CONDIÇÕES DO LOCAL: A ocorrência, objeto do presente exame teve lugar no endereço acima citado; em cujo trecho da pista onde ocorreu a “Violência no Trânsito”, trata-se de um entroncamento de vias pública, urbanizada; era pavimentada porcapeamento asfáltico em bom estado de conservação, era provido de iluminação artificial pública em regular estado de luminosidade (por ser período noturno), onde a Avenida Bernardo Vieira de Melo no trecho do acidente apresentava-se com espaço físico suficiente para quatro (04) faixas de tráfego, em sentido único de direção, ou seja a corrente de tráfego era orientada no seguinte sentido: Candeias/Boa Viagem.

A Avenida Barreto de Menezes no trecho do acidente apresentava-se com espaço físico suficiente para três (03) faixas de tráfego, em sentido único de direção; ou seja, a corrente de tráfego era orientada no seguinte sentido: Entroncamento de Vias/Prazeres, conforme alude o desenho técnico acostado ao presente laudo.

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

2

Rua, Odorico Mendes, nº 700 – Campo Grande – Recife - PE - CEP: 52.031-080
Fone: (81) 3303-2034 FAX: 3303-2022 E-mail: icpe@icpe.gov.br

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



Quando dos exames periciais, era o período da noite o tempo estava bom, as pistas de rolamento encontravam-se secas; cujo ângulo de visão era deficiente (por ser período noturno) para os condutores que por ali trafegavam que se desenvolvia em nível e linha reta com o fluxo escasso de veículos em ambas vias, naquele período de noite.

Registre-se dizer que se fazia presente no palco do evento, Agentes de Trânsito, sob o comando do Sr. Souza, portador da matrícula de nº 194212 do Município de Jaboatão dos Guararapes-PE (do órgão de trânsito CEMA).

Naquela localidade foi constatada a existência de duas (02) unidades de tráfego, envolvidas em Acidente de Trânsito, as quais por convenção técnica serão doravante tratadas neste Laudo como (V-1) o veículo MOTOCICLETA HONDA e de (V-2) o veículo importado autopasseio RENAULT, modelo LOGAN EXP, respectivamente, conforme exibem as fotografias de nºs 01 a 05.

VEÍCULOS ENVOLVIDOS NO EVENTO: V-1 – MOTOCICLETA HONDA CG-150-TITAN-EX na cor preta, ano de fabricação 2012, modelo 2012, placa de matrícula PGE-3550-GOIANA-PE, vide a fotografia de nº. 06;

V-2 – Autopasseio importado RENAULT, modelo LOGAN EXP na cor azul, ano de fabricação 2011, modelo 2011, placas de matrícula PFN-5697-RECIFE-PE, conforme retrata a fotografia de nº. 07.

SENIDO DE TRÁFEGO DOS VEÍCULOS: V-1 - Por seu condutor, trafegava pela Avenida Bernardo Vieira de Melo, considerando o sentido de Candeias/Boa Viagem;

V-2 – Por seu condutor, trafegava pela faixa de rolamento da esquerda da indicada Avenida Bernardo Vieira de Melo, considerando o sentido de Candeias/Boa Viagem, todavia no mesmo sentido e direção do V-1, no entanto na vanguarda deste, quando naquela localidade (entroncamento de vias) fora envolvido no evento de trânsito em conhecimento.

POSICIONAMENTO DOS VEÍCULOS: O Desenho Esquemático em anexo apresenta o local do evento, onde se encontra assinalada a área do indicado entroncamento de vias, mostrando como os veículos envolvidos foram

COMPREV

3

Rua, G... 1000 - Centro - Recife - PE - CEP: 52.031-080
Fone: (81) 3303-2034 FAX: 3303-2022 - E-mail: ic@sds.pe.gov.br

11 JAN 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE



23.10.18
Hernani

encontrados **EMBATIDOS (COLIDIDOS)**, bem como exibe o repouso dos veículos envolvidos naquele espaço físico.

DANOS MATERIAIS: V-1 - Apresentava avarias aparentes em sua região frontal, lateral à direita e outras, conforme retratam as fotografias de nºs 08 a 10.

V-2 - Exibia avarias aparentes em toda sua região posterior a esquerda, para choque posterior à esquerda, lateral posterior à esquerda (fronto posterior a esquerda por reflexo e outras (vide fotografias de nºs. 11 a 13).

CONDUTORES DOS VEÍCULOS: V-1 - Não se encontrava no local no momento dos procedimentos técnicos periciais;

V-2 - Apresentou-se como condutor o Sr. Felipe Henrique Lira Brasil, portador da Cédula de Identidade de nº 7.413.146-SDS.PE, Carteira Nacional de Habilitação de nº 1219930003-DETRAN-PE, Registro de nº 06274442806 na categoria "B" com validade até 23/09/2019. (Endereço residencial também não fora fornecido por orientação da Assessoria Jurídica da Secretaria de Defesa Social).

VÍTIMAS: Consoantes informações prestadas pela autoridade de trânsito já referido, face ao ocorrido o condutor do veículo MOTOCICLETA HONDA (V-1), Ibsen Felix de Siqueira com 44 anos de idade fora lesionado e socorrido em consequência do evento de trânsito em que se reporta.

TESTEMUNHAS: Não se apresentaram a Equipe Técnica, durante a realização dos exames periciais.

III - DOS EXAMES REALIZADOS NO LOCAL DA OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO EM APREÇO

A fim de proceder a uma linha de raciocínio lógico no que tange a dinâmica do fato ocorrido, o Signatário Relator responsável pelo presente Laudo constatou que o sistema de comando (direção) e de segurança (freios) dos veículos envolvidos no acidente de trânsito em questão: MOTOCICLETA HONDA (V-1) se encontravam avariados e prejudicados e não pode ser testado em movimento; enquanto as observadas no veículo autopasseio importado RENAULT, modelo LOGAN EXP (V-2), estas se



23/10/18
MELLO



encontravam normais em seus respectivos sistemas de funcionamento, mesmo em decorrências das avarias sofridas em suas estruturas estéticas de funcionalidade, quando do fato ocorrido.

Fragmentos de vidros e/ou plásticos repousavam na pista de rolamento espalhados em grande parte da pista de rolamento da área em que ocorreu o evento de trânsito em notícia.

E mais, a ausência de marcas de frenagens sobre a pista de rolamento envolvendo os veículos acidentados, fica patente que o veículo MOTOCICLETA HONDA (V-1), por seu condutor, não acionou seu respectivo sistema de freios a contento, antes de se envolver no evento em que se reporta, conforme ilustra o desenho técnico anexo ao presente Laudo.

É prudente que se diga que os veículos acidentados se apresentavam com avarias com vestígios de recentidade atinentes as suas estruturas estéticas, demonstrando respectivos envolvimentos e também interação física no espaço físico do declinado entroncamento de vias.

Cujas avarias que foram produzidas naquela interseção demonstraram compatibilidade de interação veicular entre eles, devido a sua natureza, localização, orientação e intensidade.

(IV - ANÁLISE TÉCNICA (COMO OCORREU O EVENTO))

Examinando cuidadosamente o local da ocorrência, sobretudo a área de embate, as sedes e formações das avarias nos veículos envolvidos, o repouso final dos mesmos após a colisão entre veículos, seguido de tombamento com vítima socorrida, as condições de trafegabilidade, bem como o disciplinamento do trânsito naquele setor, pode o infra Assinado entender que o fato se verificou quando o veículo MOTOCICLETA HONDA, placa de matrícula PGE-3550-GOIANA-PE, aqui compreendido como V-1, que por seu, condutor, trafegava pela Avenida Bernardo Vieira de Melo, considerando o sentido de Candeias/Boa Viagem, momento em que ao chegar ao entroncamento de vias formado pela indicada avenida com a Avenida Barreto de Menezes, sem ter a devida atenção e os cuidados necessários e indispensáveis para com a segurança do trânsito, com relação ao sentido em que trafegava, e aliado ainda a falta de percepção/reAÇÃO, EMBATEU (COLIDIU) violentamente com sua região frontal contra a região posterior à esquerda do veículo autopasseio importado RENAULT, modelo LOGAN EXP, placas de matrícula PFN-5697-RECIFE-PE (V-2), aqui postulado como V-2, que por seu condutor, trafegava pela faixa de rolamento da esquerda da indicada Avenida



Bernardo Vieira de Melo, considerando o sentido de Candeias/Boa Viagem, todavia no mesmo sentido e direção do V-1, no entanto na vanguarda deste, quando naquela localidade (entroncamento de vias) fora envolvido no evento de trânsito em conhecimento.

Convém referir que os veículos acidentados foram encontrados embatidos em seus respectivos repousos finais no indicado entroncamento de vias. Tendo como detalhes a projeção e o tombamento diagonal à direita do veículo de menor massa (**MOTOCICLETA HONDA**), devido a sua inferior quantidade de massa, conforme alude o desenho técnico acostado ao presente laudo, ao terem suas respectivas velocidades praticamente anuladas.

V - CONCLUSÕES

Diante dos exames realizados e de tudo quanto ficou exposto no corpo deste Laudo os infra-assinados concluiu que:

a) Em data e local já referidos, houve Acidente de Trânsito do tipo "Colisão entre Veículos, seguido de Tombamento com Vítima Socorrida", envolvendo os veículos placas de matrícula: MOTOCICLETA HONDA - PGE-3550-GOIANA-PE, compreendido como V-1 e o autopasseio importado RENAULT, modelo LOGAN EXP - PFN-5697-RECIFE-PE, postulado como V-2;

b) Em decorrência do evento, resultaram avariados os veículos citados na alínea anterior. Admitem-se os danos pessoais no condutor do veículo MOTOCICLETA HONDA (V-1), que segundo informações prestadas pela autoridade de trânsito ali presente, face ao ocorrido, dita pessoa, fora ferido e socorrido para receber atendimento médico hospitalar de urgência em decorrência do evento de trânsito em explanação;

c) A responsabilidade pelo acidente de trânsito ora analisado, coube tão somente ao condutor do veículo MOTOCICLETA HONDA, placa de matrícula PGE-3550-GOIANA-PE (V-1), que ao trafegar sem ter, todavia, a devida atenção e os cuidados necessários e indispensáveis para com a segurança no trânsito e aliado também a falta de percepção/reAÇÃO EMBATEU (COLIDIU), violentamente contra o veículo autopasseio importado RENAULT, modelo LOGAN EXP, placas de matrícula PFN-5697-RECIFE-PE (V-2) provocando o evento, conforme o esclarecimento da Análise Técnica.



desenvolvida; onde mais uma vez o subsistema **HOMEM**, foi fator predominante para o fato ocorrer.

VI - ENCERRAMENTO

Eu, **ALCIDES BUARQUE DA SILVA**, Perito Criminal do Instituto de Criminalística Prof. Armando Samico, redigi o presente **Laudo de Exame em Local de Ocorrência de Trânsito**, que se encontra impresso no anverso de sete (07) folhas de papel tamanho oficial, a encimar o timbre do Estado de Pernambuco.

Ilustram-no com treze (13) fotografias digitalizadas e ainda com um (01) croqui, com legendas explicativas.

SECRETARIA DA DEFESA SOCIAL - DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA - INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA PROF. ARMANDO SAMICO, Recife aos doze dias do mês de agosto do ano de dois mil e dezoito (12.08.2018).

ALCIDES BUARQUE DA SILVA:
16683471487

Perito Criminal no ALCIDES BUARQUE DA SILVA 16683471487
OAB PE 107777 - CRF PE 107777 - CRF PE 107777
Data: 23/10/2018 - Local: Recife/PE
Data: 23/10/2018 - Local: Recife/PE
Fonte: Registro de Perito

Dr. ALCIDES BUARQUE DA SILVA
Perito Criminal

COMPREV
COM - FORTALEZA S/A

13/10/2018

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
SERVIÇO DE EMISSÃO DE LAUDOS
DE LAUDOS COM O ORIGINAL
23.10.18
Minetto
PROTÓCOLO DE RECIBO

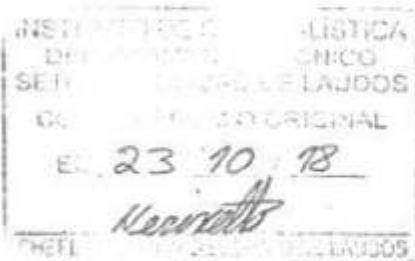


GERÊNCIA GERAL DE POLÍCIA CIENTÍFICA - SDS - PE INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA PROF. ARMANDO SAMICO DESENVOLVIMENTO TÉCNICO		REF N°: 23325 - 2018 PERITO(A) CRIMINAL: ALCIDES BUARQUE DESENHISTA: Elias Xavier	DATA: 24.07.2018
CROQUI ILUSTRATIVO			
LEGENDA	V1 - HONDA MOTOCICLETA PGE - 3550 - PE V2 - RENAULT LOGAN PFN - 5697 - PE		
Imóvel N°. 470			

OMPREV
COMPANHIA DE PROVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE





PREFEITURA DO JABOATÃO DOS GUARARAPES
SECRETARIA MUNICIPAL DE INFRAESTRUTURA E ORDEM PÚBLICA
SECRETARIA EXECUTIVA DE MOBILIDADE E ORDEM PÚBLICA
GERÊNCIA DE FISCALIZAÇÃO DE TRÂNSITO

SECRETARIA EXECUTIVA DE
MOBILIDADE E ORDEM PÚBLICA
SEMA
2635-4
ACESSIBILIDADE

CERTIDÃO 133-2018

Protocolo: 638

Certifico que consta nos arquivos desta Secretaria Executiva de Mobilidade e Ordem Pública, que no dia 24 de julho de 2018, às 19h:54, na Avenida Bernardo Vieira de Melo, nº 2260, ponto de referência: Drogaria São Paulo, nº 2260, bairro: Piedade, ocorreu um acidente de trânsito com vítima envolvendo o seguinte veículo:

V1– Honda/CG 150 Titan EX. Cor: Preta. Ano: 2012. Placa: PGE3550.
Condutor: Ivson Felix de Siqueira. CNH: 05.806.895.635.

V2– Renault/Logan EXP 1.0. Cor: Azul. Ano: 2011. Placa: PFN5697.
Condutor: Felipe Henrique Lira Brasil. CNH: 06.274.442.806.

Informamos que nesse acidente o Instituto de Criminalística (IC) esteve no local.

Jaboatão dos Guararapes, 04 de outubro de 2018.


Carlos Augusto Elias de Souza
Gerente de Educação para o Trânsito



Rua Zelindo Marafante nº 20 – Piedade – Jaboatão dos Guararapes – PE
CEP: 54.400-370 – Fone: 3343-1857 / 0800 081 7788, trânsito.jaboatao@outlook.com



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APH001490 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). IVSON FELIX DE SIQUEIRA , 44 anos, BRASILEIRO (a), CASADO(a), RG nº 514333 MEX -PE , inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 032.782.374-71, residente à RUA LAGUNA , nº 818, , BARRA DE JANGADA , JABOATAO -PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 24/07/2018, por volta das 20:30 hs, no endereço: AV. BERNARDO VIEIRA DE MELO, 1368, PIEDADE JABOATÃO DOS GUARARAPES-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA TITAN PRETA PGE3550-PE ; AUTOMOVEL LOGAN AZUL PFN5697-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) IVSON FELIX DE SIQUEIRA , inscrito sob o CPF nº 032.782.374-71 e Registro Geral nº 514333, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710415-4 DIOGENES. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO IMBIRIBEIRA. Registrado(a) com o prontuário nº 1113443. Ficou aos cuidados do médico XX, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 30/10/2018

*A autenticidade dessa certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site
<http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2018APH001490*

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

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
11 JAN 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

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: 14/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVSON FELIX DE SIQUEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01580

CONTA: 000000143075-0

Nr. da Autenticação 67F5D38182F6A940

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE

ANTUNIO DE SANTOS
R. LAGUNA, N. 100 - BLOCO 11 - SALA 105 - CEP: 54460-380
INTERNAU 14

MATRÍCULA: 5586439 - Mar/2014

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	QUANTIDADE DE ECONOMIAS		
RESIDENCIAL	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO NÃO DEVIDO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)	IED100

ÁGUA

LEIT. ANT: CONS. 10
LEIT. AT: 10
EFT. FAZ:

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFÉRENCIA CONSUMO

		PARAI ETRUS	NUMERO DE AMOSTRAS
01/2013	10	EXIG. PORT	05 2.914 1
04/2014	10	HS 2.914 1	10 117 116
11/2012	10	TURBIDIZ	
11/2013	10	COR AP. RENTE	
10/2013	10	CLORO TESTOU	164 114 110
06/2013	10	COLIF. TOTAIS	164 114 110
MÉDIA:	10		164 114 110

REF. 2.914/15: ALENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
NENHUMA INFILTRACAO DAS BACTERIAS, E. COLI E CLORO
NOS PONTOS DE COLE E TURBID E SAO INDICADORES SANITARIOS DA AGUA
ASSOCIADOS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL 1 UNIDADES CONSUMO DE ÁGUA	10 HS	0,10
MULTA P. IMPONTUALIDADE VENCIDA	14	0,11

PRIMOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
RS COMPTE	6,30	1,65	0,10

VENCIMENTO: 26/04/2014

TOTAL A PAGAR: R\$ 1,41

MENSAGEM:

EM 2014, REGISTRANDO QUE VENDE ESTAVA PE FEBETO COMPESA
COMPREV NAO FAZ O PAGAMENTO, DESCONSIDERE ESTE AVISO.

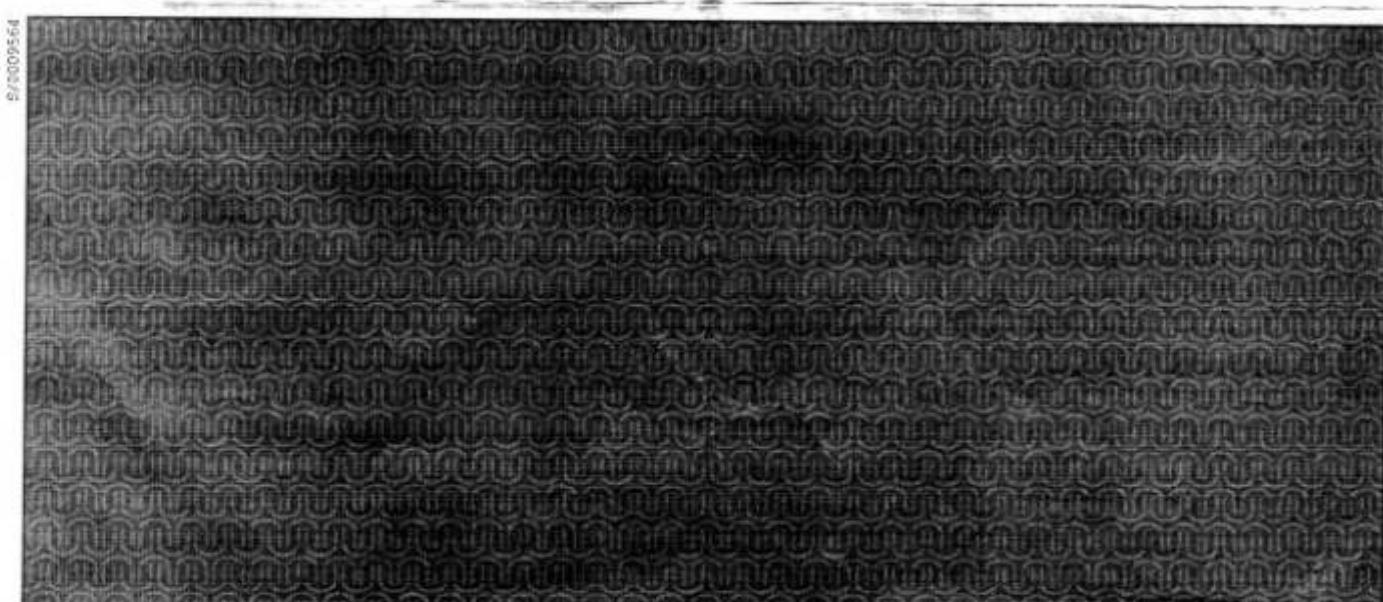
FATURAMENTO

COMPREV
COMPREVISÃO PREVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

<input type="checkbox"/> 01 - MUDOU-SE <input type="checkbox"/> 02 - ENDEREÇO INSUFICIENTE <input type="checkbox"/> 03 - NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> 04 - RECUSADO <input type="checkbox"/> 05 - DESCONHECIDO <input type="checkbox"/> 06 - AUSENTE <input type="checkbox"/> 07 - END. DESCONHECIDO NA LOCALIDADE <input type="checkbox"/> 08 - NÃO PROCURADO <input type="checkbox"/> 09 - FALTA COMPLETAMENTE (COLHEITA/GRU)		<input type="checkbox"/> 10 - OBJETO DANIFICADO <input type="checkbox"/> 11 - MARCA DE RASPAS <input type="checkbox"/> 12 - FALTA COMPLETAMENTE (COLHEITA/GRU)	<input type="checkbox"/> 13 - CAIXA POSTAL CANCELADA <input type="checkbox"/> 14 - FALTA DE RESPONSABILIDADE
Ressarcimento ao Serviço Postal em Rua das Flores, 585 - Bloco D - 15º andar - Barueri - São Paulo - SP - 06454-000 AL. RIO Negro, 585 - Bloco D - 15º andar - Barueri - São Paulo - SP - 06454-000			
Remetente: AL. RIO Negro, 585 - Bloco D - 15º andar - Barueri - São Paulo - SP - 06454-000			



11 JAN 2019
PROTOCOLO
 AGÊNCIA RECIFE

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Stephanny P Oliveira Silveira inscrito (a) no CPF 082363604-66 / PE, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Adriem Felix de Siqueira inscrito (a) no CPF sob o Nº 032.782.374-71 / PE, do sinistro de DPVAT cobertura 51101007 da Vítima Adriem Felix de Siqueira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 032.482.374-71, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Advogada Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Rua Lavrambeu	Número	85	Complemento
Bairro	Vasco da Gama	Cidade	Recife	Estado
Email	Stephanny.oliveira.adv@hotmail.com	Telefone comercial(DDD)	81	CEP 52280480

Recife, 11 de janeiro de 2019
Local e Data

Stephanny Oliveira
Assinatura do Declarante


COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

LAUDO MÉDICO

Data do Atendimento: 7/11/2018

Nº PRONTUÁRIO: 39183

NOME DO PACIENTE: Insom Felix de Siqueira

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Fratura consolidada de clavos (D)
+ Sequela de fratura de clavos (D)

CID:

552 + T92

OBS.: Pante com fratura de clavos
consolidada; aperte sequela em
MS (lunotársio envolto de extenso), aperto
do cotovelo

Nº DIAS: () AFASTAMENTO DO TRABALHO
sendo assim incapaz de desempenhar
funções à sua direção.

Dra. Mariana S. de Almeida Araújo
Assinatura do Médico
CRM-PB: 26413 CRM-PB 10287

Dra. Mariana S. de Almeida Araújo
Médica
CRM-PB: 26413 CRM-PB 10287

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
11 JAN 2019
PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Data: 25/07/2018
Hora: 18:45:45
SAME: 39183

Pedido: 337436	Atendimento: 447552	Idade: 44a 4m 19d
Paciente: 39183 IVSON FELIX DE SIQUEIRA		Sexo: F
Médico Solicitante: CRM - 17726 IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA		
Data da Solicitação: 25/07/2018	Hora: 12:20:11	Dt. Realiz.: 25/07/2018
Convênio: SUS - INTERNACAO	Origem da Solicitação: UPA IMBIRIBEIRA	
Unidade Internação: 4 AND - TRO1	Enfermaria: TR-402	Leito: TR-402

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO COTOVELO DIREITO

INDICAÇÃO

Fratura do cotovelo direito.

TÉCNICA

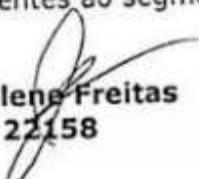
Foram obtidas imagens axiais com posterior reconstrução multiplanar e em 3D, sem a injeção de meio de contraste.

ANÁLISE

Fratura cominutiva do olécrano, com extensão a articulação umeroulnar, com deslocamento de até 1,1 cm entre os fragmentos.

Lipohemartrose articular.

Aumento e densificação das partes moles adjacentes ao segmentos fraturados.


Dra. Jandilene Freitas
CRM 22158



Resumo de Alta Hospitalar

402-2

PACIENTE: IVSON FELIX DA SIQUEIRA

REGISTRO: 39183

DATA ADMISSÃO: 24/07/2018

DATA ALTA: 02/08/2018

1) Diagnósticos Definidos:

FRATURA LUXAÇÃO DO COTOVELO D

2) Conduta/ Procedimentos Realizados:

OSTEOSSINTE COM PLACA 3,5 + PÁRAFUSOS

3) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

4) Informações Complementares:

1) MANTER IMOBILIZAÇÃO ATÉ O RETORNO

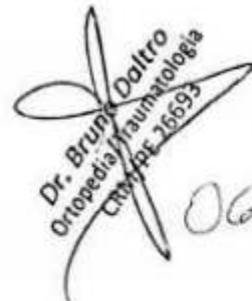
2) RETORNO AO AMBULATORIO COM DUAS SEMANAS

Programação Após Alta:

**Ambulatório de Egresso Sim (X)
Não ()**

RETORNO COM DUAS SEMANAS

Encaixe no ambulatório DE TRAUMATOLOGIA


Dr. Bruno Daltro
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE 16693

06/08/18

06:30 as 08:00

Assinatura do Médico e Carimbo

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


COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

 (81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de
retorno ambulatorial no HDH.

INFORMAÇÕES ADICIONAISDATA DA AVALIAÇÃO 14/09/18DIAGNOSTICO: FraturaCotoveloCONDUTA: Ortopédica

OBSEVAÇÕES: _____

PROCEDIMENTOS REALIZADOSCÓD. 0302050015529CÓD. 0302050027010M255CÓD. 0302050027010M245REGISTRO DE ALTA

DATA DA ALTA: _____

MOTIVO: _____

ASSINATURA DO AGENTES SIONAL

COMPREV
COMPRESA DE PREVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFEDATAS DAS SESSÕES

01 <u>14/09/18</u>	02 <u>28/09/18</u>
03 <u>05/10/18</u>	04 _____
05 _____	06 _____
07 _____	08 _____
09 _____	10 _____
11 _____	12 _____
13 _____	14 _____
15 _____	16 _____
17 _____	18 _____
19 _____	20 _____

LAUDO MÉDICO

Data de Atendimento:

16/01/18

Nº PRONTUÁRIO: 39183

NOME DO PACIENTE: Tisson Félix de Siqueira

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: 15º DPO de fratura
do olecrano D

CID: 552.0

OBS.:

Nº DIAS — () AFASTAMENTO DO TRABALHO

Francisco Ferreira Júnior
Crmepa 23424

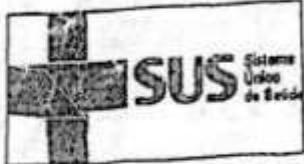
COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

Assinatura do Médico
Carimbo

CÓD. 38391

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



ESTE CARTÃO É PESSOAL E
INTRANSFERÍVEL EM CASO DE PERDA OU
EXTRAVIO POR GENTILEZA PROCURE A
ADMINISTRAÇÃO.



PREFEITURA MUNICIPAL DO
JABOATÃO DOS
GUARARAPES SECRETARIA
DE SAÚDE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PRONT: 41818 FONE:
CNS: 1040211102760
NOME: Wilson Felix da
Silveira
DATA DE NASCIMENTO: 07/03/74
SEXO: M RAÇA/COR:
CEP: 54460-380
ENDERECO: Rua Xaguma
Candeias
NÚMERO: 818 COMPLEM.

ATENDIMENTO

DIA (S): Terça E Sexta
HORÁRIO: 09:30
PROFISSIONAL: Silmone Pires
ESPECIALIDADE: Trauma

CENTRO DE REABILITAÇÃO E FISIOTERAPIA
FONE: 3476-4905

COMPREV
COMPRESA VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

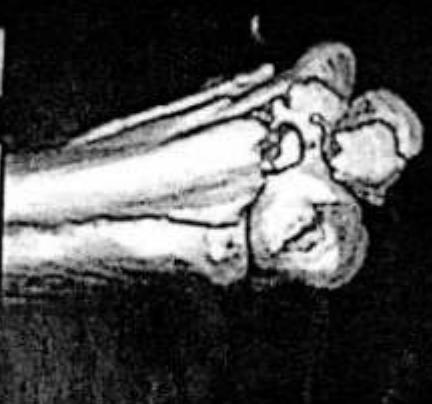
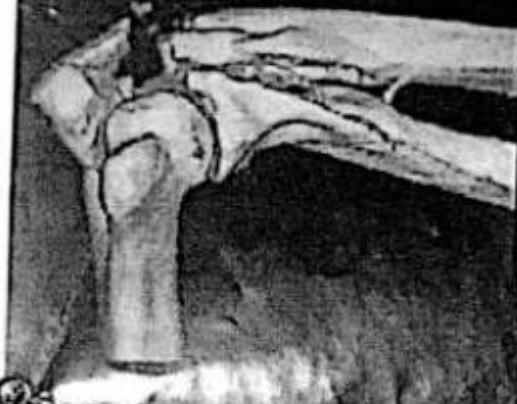
11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

IVSON FELIX DE SIQUEIRA*
IM044Y
Ex 37176
Se 104529m 1

IVSON FELIX DE SIQUEIRA*
IM044Y
Ex 37176
Se 104501m 1

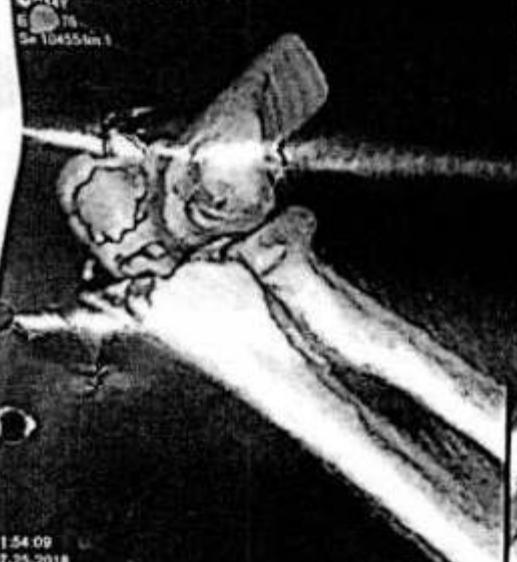
IVSON FELIX DE SIQUEIRA*
IM044Y
Ex 37176
Se 104521m 1



11:54:09
07-25-2018
IVSON FELIX DE SIQUEIRA*
IM044Y
Ex 37176
Se 104551m 1

11:54:09
07-25-2018
IVSON FELIX DE SIQUEIRA*
IM044Y
Ex 37176
Se 104601m 1

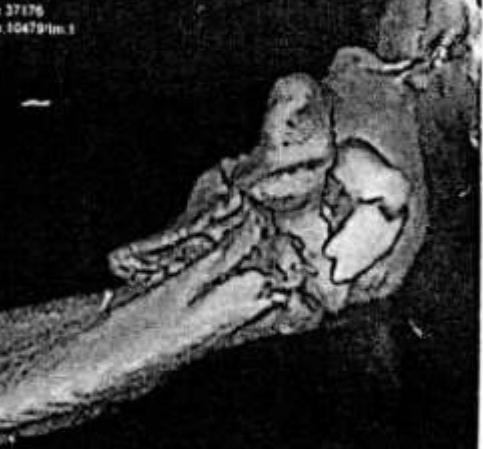
11:54:09
07-25-2018
IVSON FELIX DE SIQUEIRA*
IM044Y
Ex 37176
Se 104631m 1



11:54:09
07-25-2018
IVSON FELIX DE SIQUEIRA*
IM044Y
Ex 37176
Se 104671m 1

IVSON FELIX DE SIQUEIRA*
IM044Y
Ex 37176
Se 104741m 1

11:54:09
07-25-2018
IVSON FELIX DE SIQUEIRA*
IM044Y
Ex 37176
Se 104791m 1



54 09
25-2018

11:54:09
07-25-2018

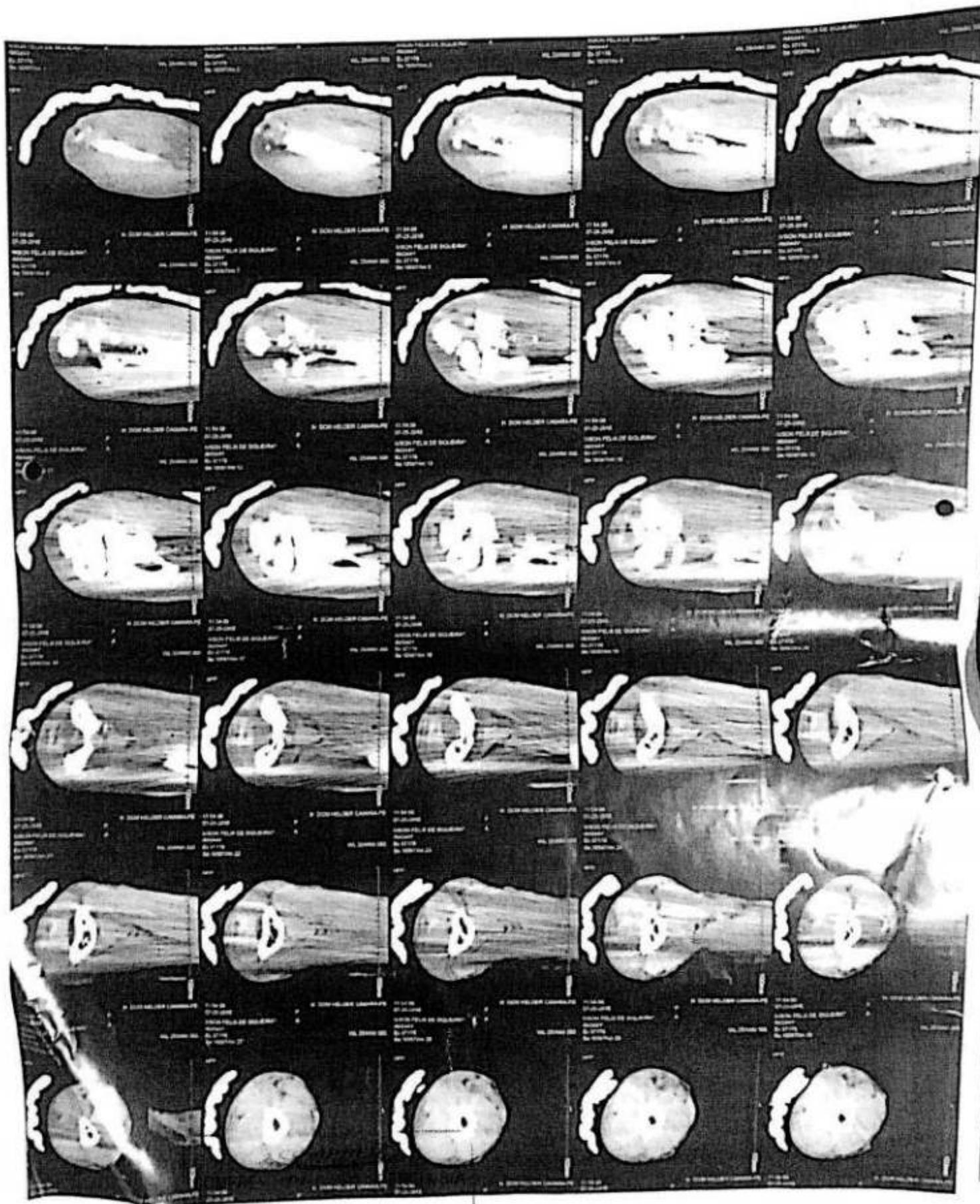
11:54:09
07-25-2018

COMPRA VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

PROTOCOLO
ACORDO

Scanned with CamScanner



11 JAN 2019

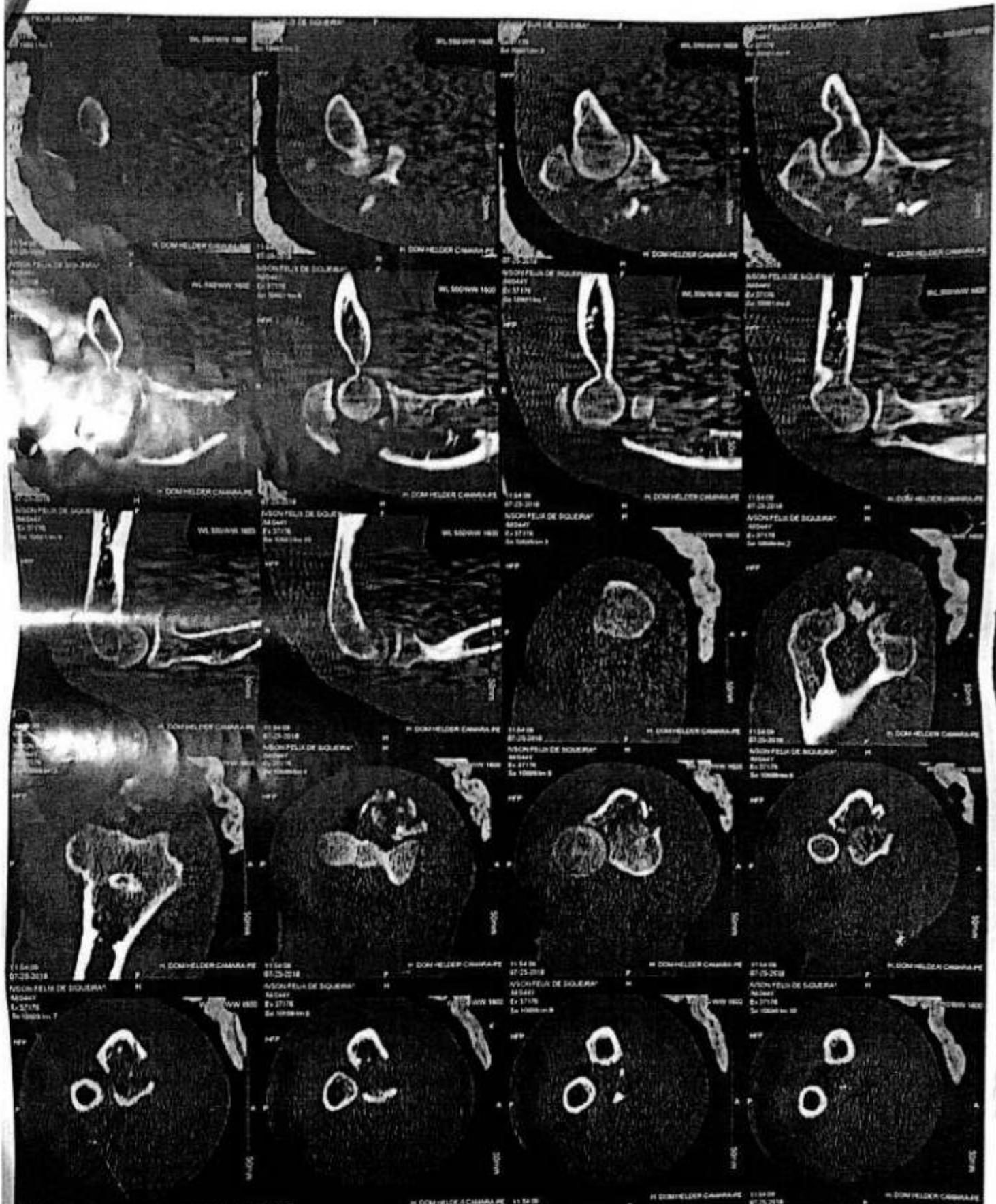
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA REDE

Scanned with CamScanner



11 JAN 2019

HOSPITAL DOM HÉLDER CÂMARA
PACIENTE: IVSON FELUX
REGISTRO:
DATA: 01/03/18

(D)

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Scanned with CamScanner

HOSPITAL DOM HÉLDER CÂMARA

PACIENTE: Ivan Feliz

REGISTRO:

DATA: 01/01/18

D

11 JAN 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

11/01/2018
Silvana
01/01/18

VIDENCIA SIA

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Scanned with CamScanner

Ivson Felix de
Siqueira
07/11/18

COMPRESA E PREVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

52
Felix
Ivone
du
Siqueira
03/11/18

MPREV
MÍNISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

FISIOTERAPIA

Data de Atendimento:

17/9/18

Nº PRONTUÁRIO:

39183

NOME DO PACIENTE:

Turim Felix da
Frugis

Nº

anot (20)

SESSÕES

CID:

OBS.:

COMPREV
COMPREVI UNIÃO E PREVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

CRM 15.463
Capeidi-Transmissões
Dr. Celso Henrique
Carimbo

CÓD. 38392

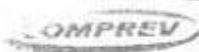


RECEITUÁRIO

NOME: _____

Encaminho o paciente
Jeson Felix de Siqueira.
Para acompanhamento
com a terapeuta Ocupacional.
Atenciosamente


Simone Peres
Fisioterapeuta
CREFITO 50317-F


OMPREV
INT E PREVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019


PROTÓCOLO
INT E PREVIDÊNCIA RECIFE



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: 09.039.744/0001-94

FUND. MARTINIANO FERNANDES
Registro: 39163
Nome: IVSON FELIX DE SIQUEIRA
Mãe: JOSEFA MANOEL FELIX
End.: RUA 11
Enferm.: BL-1 A

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

Atendimento: 447552

Dt. Cad: 30/09/2012

Dt. Nasc: 07/03/1974

Bairro: BARRA DE JANGADA

Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES

CNS: 896003901989635

Leito: 645

W02-2

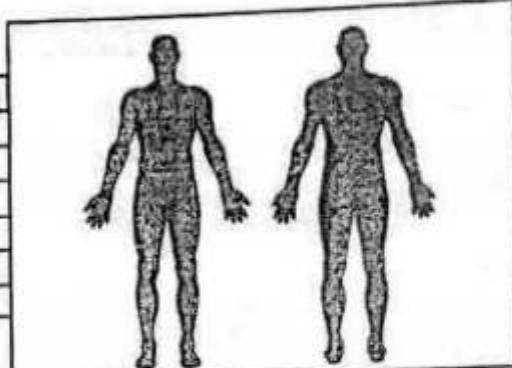


CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

Data: 30/01/19

Hora: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome: <i>Wesam F. de Souza</i>	
Data de Nascimento: <i>01/03/74</i>	Registro: <i>39193</i>
Setor: <i>W02</i>	Leito: <i>W02-2</i>



SINAIS VITAIS		
PA:	T:	HGT:
Observação:		

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

EXAMES SOLICITADOS						
IMAGEM: RX (X)	TAC c/Contraste ()	USG ()	ECO ()	LABORATÓRIAL:	SIM ()	NÃO ()
	TAC s/ Contraste (X)	RNM ()	CATE ()	Observação:		
PARECER CARDIOLÓGICO:		SIM ()	NÃO (X)	Risco Cirúrgico:		
RESERVA DE HEMODERIVADOS:		SIM ()	NÃO (X)	GRUPO SANGUÍNEO:		
RESERVA DE LEITO DE UTI:		SIM ()	NÃO ()	Qual?: UTI:	LEITO:	

ALERGIA			USO DE SONDAS
SIM ()	QUAL: _____	COMPREV	
NÃO (X)	OBSERVAÇÃO: _____	SNE () SNG ()	
ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO 11 JAN 2019			SVD ()
SIM (X)	QUAL: <i>Cefalosporina</i>	Outra: _____	
NÃO ()	OBSERVAÇÃO: _____	DRENO	
SIM ()	QUAL: _____	SIM () NÃO ()	
NÃO (X)	HORÁRIO DA ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO: _____	Qual: _____	
			Local: _____

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE				
JEJUM:	SIM ()	NÃO ()	À partir do dia <i>29/01/19</i> às <i>22:00</i>	Observação: _____
HIGIENIZAÇÃO:	SIM ()	NÃO ()	Observação: _____	
TRICOTOMIA:	SIM ()	NÃO ()	Observação: _____	
RETRADO ADORNOS:	SIM (X)	NÃO ()	RETRADO PRÓTESE DENTÁRIA:	SIM () NÃO ()
CIRURGIAS ANTERIORES:	SIM (X)	Quals/Datas: <i>2010 CTV</i>	Cirurgia mao G	
NÃO ()				
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE:	SIM ()	Quals/Datas: _____		
NÃO (X)				
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:	SIM (X)	Observação: _____	LATERALIDADE DEMARCADA:	SIM () Observação: _____
NÃO ()				NÃO ()

Enfermeiro Responsável:

(Assinar e Carimbar)

Síria Andrade Góes
Enfermeira
RENPE 386.910

CÓD. 38404

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Isaque Felix de Siqueira Data: 15/07/18 Hora: 00:20h Registro: 39183
Conselho: SUS Letra: _____ Peso: _____ Altura: _____

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Edmundo Quirino Anestesiista: Dr. Andréia. Díez
Auxiliar: _____ 2º Auxiliar: _____ Instrumentador: _____

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Ressecção laringeal + ex. de laringe Início: 00:50 Término: 01:20
Anestesia: ANH Início: 00:40 Término: _____

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

Estado Geral: Bom Regular Grave
Nível de Consciência: Orientado Consciente Sonolento Coma
Respiração: Espontânea Entubado Tracheostomizado
Hipotensão: Sim Não

Chegou no CC em uso de: _____

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

Posição: Fowler Lateral Dorsal Ventral Ginecológica
Banco de Sangue Laboratório Radiologia Pega Cirúrgica: Sim

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso <input checked="" type="checkbox"/>	Monitor Cardíaco <input checked="" type="checkbox"/>	PNI <input checked="" type="checkbox"/>	Bomba CEC <input type="checkbox"/>	Aspirador <input type="checkbox"/>
Colchão Térmico <input type="checkbox"/>	Bisturi Ultrassônico <input type="checkbox"/>	Artroscópio <input type="checkbox"/>	Microscópio <input type="checkbox"/>	Capnógrafo <input type="checkbox"/>
Bisturi Elétrico <input type="checkbox"/>	Local da Placa _____	Intensificador <input type="checkbox"/>	Nº () _____	
Carro de Anestesia <input checked="" type="checkbox"/>	Diprofusor <input type="checkbox"/>			
Ap. Vídeo <input type="checkbox"/>	Bomba de Infusão <input type="checkbox"/>			
Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/>	Inicio _____ Término _____			
Protóxido <input type="checkbox"/>	Inicio _____ Término _____			
Gás Carboníco <input type="checkbox"/>	Inicio _____ Término _____			
Outros: _____				

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Cápsula Orotráqueal: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____	Punção Venosa: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____
Sonda Vesical de Demora: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____	Sonda Gástrica: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____
Drenagem (Tipo e Local): Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____	
Curativo (Tipo e Local): Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> <u>MSA</u>	

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTÉSICA: _____	CIRURGIA: <u>P. müss + rno larynx</u>
<u>mid. c/ epinefrina +</u>	<u>gw</u>
<u>água destilada</u>	

6 - OBSERVAÇÕES: _____

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: <input checked="" type="checkbox"/> Acordado	Narcose <input type="checkbox"/>	Entubado <input type="checkbox"/>	Tracheostomizado <input type="checkbox"/>
Encaminhado para: <input checked="" type="checkbox"/> SRF	S. Intensiva <input type="checkbox"/>	LICOR <input type="checkbox"/>	UTI <input type="checkbox"/> Ap ^o <input type="checkbox"/>
			Residência <input type="checkbox"/>

Date: <u>15/07/18</u>	Hour: <u>01:30</u>	Endocrin: <u>Isabelle</u>	Circulante: <u>W. do Nascimento</u>
			Enfermeira: <u>Ent. 2019</u>
			Assistente: <u>LEN ALVES</u>

COMPREV - UNIF - PREVIDÊNCIA SIA

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: Isaac Felipe de Siqueira Data: 01/08/18 Registro: 39183
Convênio: SUS Leito: 402-02 Hora: 14:31

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. Carvalho
Anestesista: Dr. Marco
Circulante: Raquel

1º auxiliar: 24 - Francisco
Instrumentador: Karine

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
Lap	31.07.18 01	HDH b0416 black/FG
laporte	31.07.18 01	01.08.18 02
Rentas	31.10.182305	00.03.182810 29.10.182797
Caires 3,5 Brumes	HDH b0416 black/MCO	HDH b0416 black/AVS
Ricordi	29.06.18 02	HDH b0416 black/
Menor ortopedia	29.09.182567	31.07.18 02 07.18 02
Menor blues	HDH b0416 black/STEAM	07.09.182390 29.10.182799
lute	30.07.18 02	HDH b0416 black/
Smash 10 em	1.10.182303	24.07.18 02
Stadivio 10cm	HDH b0416 black/MFS	10.182761
	24.07.18 02	HDH b0416 black/
	31.10.182311	HDH b0416 black/FG
	HDH b0416 black/GSE	00.04.18 01
	30.07.18 01	27.07.18 02
	1.8 STEAM 01/00	1.8 STEAM 01/00
	05.08.182361	07.03.182385
	HDH b0416 black/MCO	HDH b0416 black/
	29.07.18 02	HDH b0416 black/
	1.8 STEAM 01/00	31.07.18 02 29.07.18 02
	05.08.182795	17.03.182815 05.08.182793
	HDH b0416 black/SLG	HDH b0416 black/
	29.07.18 02	HDH b0416 black/CO
	1.8 STEAM 01/00	29.07.18 02
	29.10.182799	1.8 STEAM 01/00
		05.08.182795

COMPRA DA E PREVIDÊNCIA SAI

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Nome: <i>Lucas - Félix Brigueiro</i>	Registro: <i>302 136</i>	Leito:	
Procedimento cirúrgico: <i>extirpação de mSD</i>	Data: <i>25/01/18</i>	Hora:	
DIAGNÓSTICO / INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM / HORÁRIOS			
1. Ansiedade (<input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> Encorajar verbalização dos sentimentos e medos <input type="checkbox"/> Proporcionar apoio emocional <input type="checkbox"/> Dar informação ao paciente e familiares <input checked="" type="checkbox"/> Outros		
	<input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado <input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário <input type="checkbox"/> Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz <input type="checkbox"/> Manter o paciente em posição de Fowler <input type="checkbox"/> Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR <input checked="" type="checkbox"/> Instalar <input checked="" type="checkbox"/> Manter <input checked="" type="checkbox"/> Anotar oximetria de pulso <input checked="" type="checkbox"/> Outros		
	<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ___ / ___ h <input type="checkbox"/> Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen) <input type="checkbox"/> Colocar o paciente em posição de Fowler <input type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hidrica, se não houver restrição <input type="checkbox"/> Registrar se <input checked="" type="checkbox"/> Dor ao urinar <input type="checkbox"/> Abaulamento em região suprapúbica <input checked="" type="checkbox"/> Ausência de diurese espontânea <input type="checkbox"/> outros		
	<input type="checkbox"/> Diminuído <input checked="" type="checkbox"/> Aumentado		
2. Ventilação prejudicada (<input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente <input type="checkbox"/> avaliar a localização e a intensidade da dor <input checked="" type="checkbox"/> Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação <input type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da dor <input type="checkbox"/> Registrar características e intensidades da dor <input type="checkbox"/> outros <input type="checkbox"/> Descrever características da lesão <input type="checkbox"/> Realizar curativo a cada ___ / ___ h <input type="checkbox"/> Realizar mudança de deúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação <input type="checkbox"/> Medir débito de dreno de ___ / ___ h <input checked="" type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por ___ h <input type="checkbox"/> Outros		
	<input type="checkbox"/> Leve <input checked="" type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa		
	<input type="checkbox"/> Local: <i>BD</i>		
3. Padrão de eliminação urinária <input checked="" type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> Aumentado	<input type="checkbox"/> Realizar curativo a cada ___ / ___ h <input type="checkbox"/> Realizar mudança de deúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação <input type="checkbox"/> Medir débito de dreno de ___ / ___ h <input checked="" type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por ___ h <input type="checkbox"/> Outros		
4. Dor (<input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> Realizar curativo a cada ___ / ___ h <input type="checkbox"/> Realizar mudança de deúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação <input type="checkbox"/> Medir débito de dreno de ___ / ___ h <input checked="" type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por ___ h <input type="checkbox"/> Outros		
	<input type="checkbox"/> Local: <i>BD</i> <input type="checkbox"/> Leve <input checked="" type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa		
5. Integridade tissular prejudicada (<input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> Realizar curativo oclusivo <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Pinçar dreno ao manusear o paciente <input type="checkbox"/> Avaliar mobilização de dreno (Tracionado) <input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição:		
6. Sangramento (<input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de ___ / ___ min <input type="checkbox"/> Manter elevado: <i>BD</i> <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo oclusivo <input type="checkbox"/> Outros		
	<input type="checkbox"/> Local: <i>BD</i> <input type="checkbox"/> Leve <input checked="" type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severo		
7. Imobilidade no leito prejudicada (<input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> Realizar curativo oclusivo <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Pinçar dreno ao manusear o paciente <input type="checkbox"/> Avaliar mobilização de dreno (Tracionado) <input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição:		

CÓD. 38605

IMPREV
COMPRA VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

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

G - Sonda Nasogástrica

PA - Pressão Arterial

FC: Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso Enteral

HGT - Hemoglicoteste

AVP - Acesso Venoso Periférico

<i>T. de Oliveira Enfermeira CORPO DE FFISS</i> ENFERMEIRO(A) - D -	ENFERMEIRO(A) - N -	TÉC. EM ENFERMAGEM - D -	TÉC. EM ENFERMAGEM - N -
ASSINATURA E CARIMBO		ASSINATURA E CARIMBO	

COMPRA FEDERATIVA DE PREVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

1. Identificação

Leito da SRPA: 01

Nome: Julian Félix data: 25/01/18 Hora: 01:20 Registro: 39183
Leito de origem: _____

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: RF lux. Est. / luxação do cotovelo (D)
Tipo de anestesia: GA + Retorco
Equipe: Dr. Eduardo Almeida Anestesista: Dr. Ana Souza

3. Admissão

Estado geral: Bom Regular Torporoso Grave
Respiração: Espontânea Assistida não invasiva Entubado Traqueostomizado
Sonda: SVD SNG SNE
Acesso Venoso Periférico: Não Sim Onde: MSE
Acesso Venoso Central: Não Sim Onde: _____
Drenos: não sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 121 x 79 mmHg FR: — p/min FC: 62 p/min SaPO2: 97%
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	121/78	123/77	114/69	119/65	133/67	121/60
FR	—	—	—	—	—	—
FC	65	66	64	64	63	67
SaPO2	98%	99%	96%	96%	98%	100%
Glasgow						

5. Intercorrelações/observações:

COMPREV
COMPRESA E PREVIDÊNCIA S/A

6. Alta da SRPA

11 JAN 2019

Sinais vitais: PA: _____ FC: FR: 120 SaPO2: 98% Glasgow: _____

Destino: Enfermaria UTI Emergência Ambulatório Residência

Data: 21/01/18 Horário: 09:00 Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico: hj

PACIENTE:	Dra. Mely de Souza			DATA:	05/01/16
CIRURGÃO:	Dr. Edmundo Góis			RG:	391X3
ANESTESISTA:	Dr. Hugo Lacerda			AUXILIAR:	Blog de blog + Sedação
CIRURGIA:	Laringofaringoplastia de Coluna			ANESTESIA:	
ESTRUMENTADOR:	Dra. Mely de Souza			COORDENAÇÃO DO BLOCO:	
CIRCULANTE:	Dra. Mely de Souza			HORÁRIO INICIAL:	00:50
ENFERMEIRA:	Isabelle			HORÁRIO FINAL:	01:20
DESCRÍÇÃO 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		
QUEOST 9,0					
CATETER					
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16		
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18		
JELCO 26	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					
BS. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/ VIDEO			
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXÃO 2VIAS	CONEXÃO 4VIAS		
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF	GAZES	GELFOAM		
KIT CIRÚRGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA		
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO		

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

CÓD. 38407

COMPREF
COMPREF VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

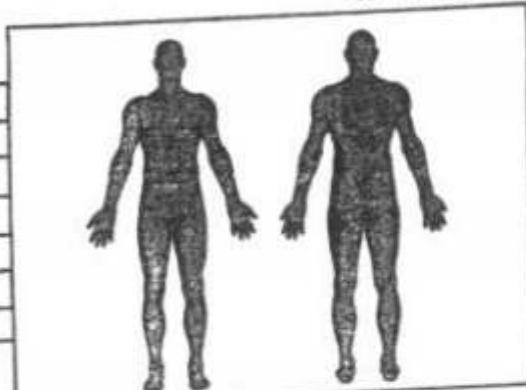
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Scanned with CamScanner

CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

Hora: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome: <i>Sliven Félix da Silveira</i>	Registro: <i>20183</i>
Data de Nascimento: <i>11/11/1983</i>	Leito: <i>UO2-2</i>
Setor: <i>TRU</i>	



SINAIS VITAIS		
PA:	T:	HGT:
Observação:		

ENTREVISTA					
HIPERTENSO:	SIM (<input checked="" type="checkbox"/>)	NÃO (<input type="checkbox"/>)	MEDICAÇÃO EM USO: _____		
DIABÉTICO:	SIM (<input type="checkbox"/>)	NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)	MEDICAÇÃO EM USO: _____		
HÁBITOS:	TABAGISTA: SIM (<input type="checkbox"/>)	NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)	Há quantos anos: _____	Qtd/dia: _____	_____
	ETILISTA: SIM (<input type="checkbox"/>)	NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)	Há quantos anos: _____		

EXAMES SOLICITADOS					
IMAGEM: RX (<input checked="" type="checkbox"/>)	TAC c/ Contraste (<input type="checkbox"/>)	USG (<input type="checkbox"/>)	ECO (<input type="checkbox"/>)	LABORATÓRIO: SIM (<input type="checkbox"/>)	NÃO (<input type="checkbox"/>)
TAC s/ Contraste (<input type="checkbox"/>)	RNM (<input type="checkbox"/>)	CATE (<input type="checkbox"/>)		Observação: _____	
PARECER CARDIOLÓGICO:		SIM (<input type="checkbox"/>)	NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)	Risco Cirúrgico: _____	
RESERVA DE HEMODERIVADOS:		SIM (<input type="checkbox"/>)	NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)	GRUPO SANGUÍNEO: _____	
RESERVA DE LEITO DE UTI:		SIM (<input type="checkbox"/>)	NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)	Qual?: UTI: _____	LEITO: _____

ALERGIA				USO DE SONDAS.
SIM (<input type="checkbox"/>)	QUAL: _____	NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)	OBSERVAÇÃO: _____	SNE (<input type="checkbox"/>) SNG (<input type="checkbox"/>)
NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)	OBSERVAÇÃO: _____			SVD (<input type="checkbox"/>)
ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO <i>gabapentina</i>				Outra: _____
SIM (<input checked="" type="checkbox"/>)	QUAL: _____	NÃO (<input type="checkbox"/>)	OBSERVAÇÃO: _____	DRENO
NÃO (<input type="checkbox"/>)	OBSERVAÇÃO: _____			SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO (<input type="checkbox"/>)
SIM (<input type="checkbox"/>)	QUAL: _____	NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)	HORÁRIO DA ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO: _____	Qual: _____
NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)	OBSERVAÇÃO: _____			Local: _____

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE					
JEJUM:	SIM (<input checked="" type="checkbox"/>)	NÃO (<input type="checkbox"/>)	À partir do dia: <i>31/07/18</i> às <i>22h</i>	Observação: _____	
HIGIENIZAÇÃO:	SIM (<input checked="" type="checkbox"/>)	NÃO (<input type="checkbox"/>)	Observação: _____		
TRICOTOMIA:	SIM (<input type="checkbox"/>)	NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)	Observação: _____		
RETIRADO ADORNOS:	SIM (<input checked="" type="checkbox"/>)	NÃO (<input type="checkbox"/>)	RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA: <i>MSD e E</i>	SIM (<input type="checkbox"/>)	NÃO (<input type="checkbox"/>)
CIRURGIAS ANTERIORES:	SIM (<input checked="" type="checkbox"/>)	Quais/Datas: <i>MSD e E</i>	NÃO (<input type="checkbox"/>)	<i>MSD</i>	
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE:	SIM (<input checked="" type="checkbox"/>)	Quais/Datas: <i>MSD</i>	NÃO (<input type="checkbox"/>)	<i>MSD</i>	
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:	SIM (<input checked="" type="checkbox"/>)	Observação: _____	NÃO (<input type="checkbox"/>)	LATERALIDADE DEMARCADA: <i>COM普</i>	Observação: _____

Enfermeiro Responsável: *Ronaldo Lax*

(Assinar e Carimbar)

COMPRAVIDA E PREVIDÊNCIA SIA

COD. 38404

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE
Scanned with CamScanner

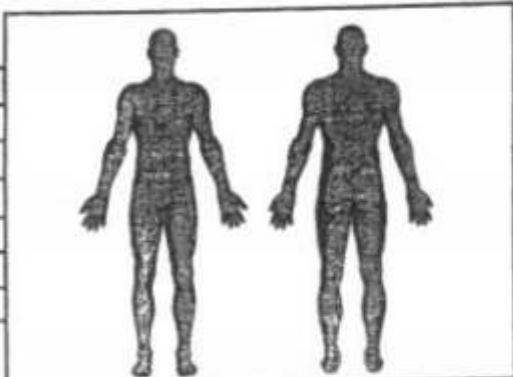
CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

Data: 29 / 02 / 18

Hora: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome: Ivon Fálix da Silveira	
Data de Nascimento: 04/03/74	Registro: 39183
Setor: TRO	Leito: 402-02

SINAIS VITAIS		
PA: 120 x 40	T: 26.1	HGT: 05
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 ()	LABORATÓRIO: SIM () NÃO ()
		TAC s/ Contraste (X)	RNM ()	CATE ()	Observação: _____
PARECER CARDIOLÓGICO:		SIM ()	NÃO (X)	Risco Cirúrgico: _____	
RESERVA DE HEMODERIVADOS:		SIM ()	NÃO ()	GRUPO SANGUÍNEO: _____	
RESERVA DE LEITO DE UTI:		SIM ()	NÃO (X)	Qual?: UTI: _____	LEITO: _____

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

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE					
JEJUM:	SIM (X)	NÃO ()	À partir do dia: _____	às : _____	Observação: _____
HIGIENIZAÇÃO:	SIM (X)	NÃO ()	Observação: _____		
TRICOTOMIA:	SIM ()	NÃO ()	Observação: _____		
RETIRADO ADORNOS:	SIM (X)	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 (X)	Observação: _____	LATERALIDADE DEMARCADA:	SIM ()	Observação: _____
NÃO ()			NÃO ()		

Enfermeiro Responsável:

(Assinar e Carimbar)

Renato Bezerra Soárez
CNPE 355701-ENG

COMPETE 7116 E PREVIDÊNCIA S/A

CÓD. 38404

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Scanned with CamScanner



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 447550
Data e Hora: 24/07/2018 23:10

Senha da Classificação:

0063

Paciente: 39183 IVSON FELIX DE SIQUEIRA
Data do Nascimento: 07/03/1974 Idade: 44 anos
Nome da Mãe: JOSEFA MANOEL FELIX
Estado Civil: CASADO
Endereço: RUA 11
Cidade/UF: JABOATAO DOS GUARARAPES PE
RG (Identidade): 41005411
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 03278237471
Cartão SUS: 898003901989635

Sexo: MASCULINO
Convenio: 2 SUS/SIA AMBURG
Nome do Pai: ANTONIO DE SIQUEIRA

Nome do Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA
CRM: 17726
173
Bairro: BARRA DE JANGADA

Usuário Atendimento: ANDERSONFMS
Data de Emissão:
Fone: 8184215692

Data de Emissão CRN:

ACIETE SEM RG, SEM TELEFONE PARA CONTATO

DATA: 24/07/2018
PRAZO: 07/08/2018
PRAZO: 07/08/2018

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Dor de volta sentido resto x carro
Cintura fraca costela na coluna de baixo
Sint. de dor, edema, deformidade

Exame Físico

Dor, deformidade

Glargem = 15

Hipótese Diagnóstico

Fibromiogênio

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

Cefalotaxime 2G + 1G x ATENDIDO
Digoxina 0,125 x ATENDIDO
Anel Bloco Coluna x ATENDIDO
VAT SAT > 1 mola em Profunda AT 23:00

Dr. Antonio Luis Siqueira
Médico
CRM 17726

Carreiro/Médico

APREVI

EST. PREVIDÊNCIA S/A

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:

1, JAN 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Viso de Cirurgia : 37273
Paciente : 39183
Convênio Atend. : 1
Leito : 704
Dt. Início : 01/08/2018 18:00

Sala : 0003 SALA 03
IVSON FELIX DE SIQUEIRA
SUS - INTERNACAO
402 - 02 - LT TRAUMA
Dt. Fim : 01/08/2018 18:41

Atendimento : 447552
Carteira :
Idade : 44 Anos

I Pré-Operatório :
Pós-Operatório :

Procedimento: 0408020547 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO OU FRATURA-LUXAÇÃO DO COTOVELO (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 39 BLOQ DE PLEXO BRAQUIAL + SEDACAO

CIRURGIAO 13783 LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO
ANESTESISTA 7817 MARCIA LEVY TEMPORAL DE MELO

Descrição Cirúrgica :

Descrição Cirúrgica

1. PACIENTE EM DECÚBITO VENTRAL EM MESA CIRÚRGICA
2. ASSEPSIA + ANTI-SEPSIA + GARROTEAMENTO E EVAZIAMENTO DE MSD
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
4. INCISÃO EM REGIÃO POSTERIOR AO COTOVELO DIREITO
5. DISSECCÇÃO POR PLANOS
6. VISUALIZAÇÃO DA FRATURA + LIMPEZA COM SF 0,9% + REDUÇÃO DA FRATURA
7. FIXAÇÃO COM PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3,5 10 FUROS + 8 PARAFUSOS CORTICais®.
8. SUTURA
9. CURATIVO
10. RETIRADA DO GARROTE E OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL
10. TALA AXIOPALMAR DIREITA

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

JF. Leoni[illegible]o
Ortopedia + Traumatologia
CRM 13783 - TEOT 11153

DR(A) : LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO
CRM : 13783

John Helder Camara
Eclângio[illegible]a
Faturamento / SAME
01/08/2018

PROTOCOLO
RECIFES

OMPREV
OMPREV
OMPREV
OMPREV
OMPREV

11 JAN 2019

TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Nome do Paciente: IVSON FELIX DE SIQUEIRA

Data de Nascimento: 07/03/1974

Data Atendimento: 24/07/2018

Prontuário: 0000208529

Cód. Atendimento: 07/03/1974

Nome do Hospital: HDH

Senha: 5476405

Transporte: Ambulância Básica Ambulância Avançada

Próprio

Acompanhamento Médico

Observação: FRATURA EXPOSTA DA ULNA DIREITA

Recife, 24 de Julho de 2018

Anderson Ary Dias
Ortopedista e Traumatologista
CRM 21731

ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA SILVA
CRM: 21731



Wiso de Cirurgia : 37176
Paciente : 39183
Convênio Atend. : 1
Leito : 645
Dt. Início :
1 Pré-Operatório : S520
1 Pós-Operatório :

Sala : 0003 SALA 03
IVSON FELIX DE SIQUEIRA
SUS - INTERNACAO
BL-1 A
Dt. Fim : 25/07/2018 01:17
FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO CUBITO [ULNA]

Atendimento : 447552
Carteira :
Idade : 44 Anos

Procedimento: 0408020547 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO OU FRATURA-LUXAÇÃO DO COTOVELO (PRINCIPAL
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 74 BLOQ DE NERVOS DE MMSS

CIRURGIAO 14508 EDUARDO JOSE FARIAS DE QUEIROZ

Descrição Cirúrgica :
FURA EXPOSTA DE OLECRANO > 06 H

PROGNOSTICO RUIM, ALTA CHANCE DE INFECÇÃO, AGUARDA SEGUNDO TEMPO PARA FIXAÇÃO

01. DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO METICULOSO
02. LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF0,9%
03. OBSERVAÇÃO DE FRATURA COMINUTA: DISCUTIR NECESSIDADE DE PLACA BLOQUEADA X BANDA DE TENSÃO
04. NOVA LIMPEZA COM SF0,9%
05. SUTURA POR PLANOS
06. CURATIVO
07. TALA AXILO PALMAR *OK*

AGUARDA SEGUNDO TEMPO PARA FIXAÇÃO DEVIDO A ALTA CHANCE DE INFECÇÃO NESTE TEMPO

achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

*DR(A) : EDUARDO JOSE FARIAS DE QUEIROZ
CRM : 14508*

COMPREV
COMPRESA DE PREVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

07-Ago-2018

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 24/07/2018 23:08

	Nome Paciente:	IVSON FELIX DE SIQUEIRA
	Cód. Paciente:	39183
	Data de Nascimento:	07/03/1974
	Sexo:	Masculino
	Idade:	44
	Senha:	0063
	Convênio:	2 - SUS/SIA AMB/URG
	Atendimento:	447550
	SAME:	39183

Periodo: 24/07/2018 23:19 - 24/07/2018 23:20

ITHAINA SILVA DE SOUZA LIMA - COREN: 324750 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **EMERGENCIA - VERMELHO**

Cor: **VERMELHO**

Queixa Principal: PACIENTE ENCAMINHADO PELO SAMU COM SENHA 5476405, UPA DA IMBIRIBEIRA, HD: FRAT. EXPOSTA EM ULNA D, APOS ACIDENTE DE MOTO X BICICLETA, MNEGA DESMAIO + VOMITO, SIC: TONTURA, NEGA HAS + DM + ALERGIA. DIRECIONADO A AREA VERMELHA.

Fluxograma sintoma: TRAUMA

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

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Acolhido(a) por: ITHAINA SILVA DE SOUZA LIMA - COREN: 324750 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 24/07/2018 23:24



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE
BLOCO CIRÚRGICO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Hospital Helder Câmara

Nome: Wesley Belch de Oliveira
Procedimento Cirúrgico: Fist expon estavel o

Registro: 39183

Leito:

Data: 24/10/18

Hora:

15:55

HORÁRIOS

DIAGNÓSTICO

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

1. Ansiedade	<input checked="" type="checkbox"/> Encorajar verbalização dos sentimentos e medos	
	<input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar apoio emocional	
	<input checked="" type="checkbox"/> Dar informação ao paciente e familiares	
	<input type="checkbox"/> Outros	
	<input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado	
	<input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas superiores de ____/____h	
	<input type="checkbox"/> Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz	
	<input type="checkbox"/> Manter o paciente em posição de Fowler	
2. Ventilação prejudicada ()	<input type="checkbox"/> Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR	
	<input type="checkbox"/> Instalar () manter () Anotar oximetria de pulso	
	<input type="checkbox"/> Outros	
	<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ____/____h	
	<input type="checkbox"/> Estimular eliminação por meios físicos (figar torneira, compressas frias no abdômen).	
	<input type="checkbox"/> Colocar o paciente em posição de Fowler	
	<input type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hídrica	
	<input type="checkbox"/> Registrar-se: () Dor ao urinar () Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea	
3. Padrão de eliminação urinária	<input type="checkbox"/> Outros	
	<input checked="" type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente no pós-anestésico	
	<input checked="" type="checkbox"/> Avaliar a localização e a intensidade da dor	
	<input checked="" type="checkbox"/> Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação	
	<input checked="" type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da dor	
	<input checked="" type="checkbox"/> Registrar características e intensidade da dor	
	<input type="checkbox"/> Outros	
	<input checked="" type="checkbox"/> Descrever características da lesão	
5. Integridade tissular prejudicada ()	<input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo de ____/____h	
	<input checked="" type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito de ____/____h	
	<input checked="" type="checkbox"/> Medir decúbito de dreno de ____/____h	
	<input checked="" type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por ____h	
	<input type="checkbox"/> Outros	
	<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de ____/____h	
	<input type="checkbox"/> Manter decúbito: _____	
	<input type="checkbox"/> Realizar curativo compressivo	
6. Sangramento ()	<input type="checkbox"/> Outros	
	<input type="checkbox"/> Pincar dreno ao transportar paciente	
	<input type="checkbox"/> Avaliar mobilização do dreno (Tractionado)	
	<input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição:	
	<input type="checkbox"/> Outros	
		COMPREHENDIDA PREVIDÊNCIA S/A ENFERMEIRAS
		11-10-2018
7. Imobilidade no teto prejudicada ()		PROTOCOLO
		AGENCIAS RECIFE

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
8. Desidratação ()	<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese a cada <u>1</u> h <input type="checkbox"/> Avaliar e registrar umidade de mucosas <input type="checkbox"/> Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária <input type="checkbox"/> Registrar turgor e elasticidade da pele <input type="checkbox"/> Outros	
9. Êmese () Náusea ()	<input checked="" type="checkbox"/> Registrar aspecto e quantidade de episódios <input checked="" type="checkbox"/> Manter decúbito lateral ou semi-Fowler com a cabeça lateralizada <input checked="" type="checkbox"/> Verificar posicionamento da SNG/SNE <input type="checkbox"/> Outros	
10. Temperatura Corporal () Diminuída () Elevada	<input type="checkbox"/> Aferir temperatura de <u> </u> / <u> </u> h / Comunicar se estiver abaixo de 35°C ou acima de 37°C <input type="checkbox"/> Em caso de hipotermia aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica <input type="checkbox"/> Em caso de hipertermia retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente <input type="checkbox"/> Outros	
11. Choque hipovolêmico ()	<input type="checkbox"/> Aferir sinais vitais a cada <u> </u> / <u> </u> h. <input type="checkbox"/> Avaliar coloração e umidade da pele <input type="checkbox"/> Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O verificar sinais como: () Taquicardia; () Palidez cutânea; () Pulso irregular; () Pele fria; () Perda de consciência. <input type="checkbox"/> Outros	
12. Risco para infecção ()	<input checked="" type="checkbox"/> Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização <input checked="" type="checkbox"/> Registrar e anotar sinais flogísticos Local: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Examinar F.O e registrar alterações (dor; () calor; () rubor; () edema; <input checked="" type="checkbox"/> Outros	
13.	<input type="checkbox"/> Outros	

SNG - Sonda Nasogástrica	PA - Pressão Arterial	FC: Frequência Cardíaca
SNE - Sonda Naso enteral	HGT - Hemoglicoteste	AVP - Acesso Venoso Periférico

ENFERMEIRO(A) - D -	Izabella R. Barbosa ENFERMEIRA COREN-PE JSS 624	TEC. EM ENFERMAGEM - D -	Shubby 21/09 TEC. EM ENFERMAGEM - N -
ASSINATURA E CARIMBO	CONSELHO DE PROFISSÃO DA PREVIDÊNCIA S/A	ASSINATURA E CARIMBO	
	11-JAN-2019	PROTOCOLO AGÊNCIA RECIFF	

Nome: <u>Tiago Felix Siqueira</u>		Registro: <u>39183</u>	Leito:
Procedimento cirúrgico: <u>POI 40 - enun. frat. ext.</u>		Data: <u>01/05/18</u>	Hora:
DIAGNÓSTICO <u>velo</u>		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
		HORÁRIOS	
1. Ansiedade ()		<input type="checkbox"/> Encorajar verbalização dos sentimentos e medos <input type="checkbox"/> Proporcionar apoio emocional <input type="checkbox"/> Dar informação ao paciente e familiares <input type="checkbox"/> Outros	
2. Ventilação prejudicada <u>✓</u>		<input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado <input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário <input type="checkbox"/> Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz <input type="checkbox"/> Manter o paciente em posição de Fowler <input checked="" type="checkbox"/> Anotar horário/valor de queda da saturação. FC e FR <input checked="" type="checkbox"/> Instalar (<input checked="" type="checkbox"/> Manter <input checked="" type="checkbox"/> Anotar oximetria de pulso <input type="checkbox"/> Outros	
3. Padrão de eliminação urinária () Diminuído () Aumentado		<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de _____/____h <input type="checkbox"/> Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen) <input type="checkbox"/> Colocar o paciente em posição de Fowler <input type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição <input type="checkbox"/> Registrar se: () Dor ao urinar <input type="checkbox"/> Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea <input type="checkbox"/> outros	
4. Dor <u>✓</u> Local: _____ () Leve () Moderada () Severa		<input checked="" type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar a localização e a intensidade da dor <input checked="" type="checkbox"/> Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação <input checked="" type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da dor <input checked="" type="checkbox"/> Registrar características e intensidades da dor <input type="checkbox"/> outros <input checked="" type="checkbox"/> Descrever características da lesão <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo a cada <u>24/24</u> h <input type="checkbox"/> Realizar mudança de deúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação <input type="checkbox"/> Medir débito de dreno de _____/____h <input type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por _____h <input type="checkbox"/> Outros	
5. Integridade tissular prejudicada <u>✓</u>		<input type="checkbox"/> Realizar curativo oclusivo <input type="checkbox"/> Realizar mudança de deúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação <input type="checkbox"/> Medir débito de dreno de _____/____h <input type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por _____h <input type="checkbox"/> Outros	
6. Sangramento () Local: _____ () Leve () Moderada () Severo		<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de _____/____ min <input type="checkbox"/> Manter elevado: _____ <input type="checkbox"/> Realizar curativo oclusivo <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Pinçar dreno ao manusear o paciente	
7. Imobilidade no leito prejudicada ()		<input type="checkbox"/> Avaliar mobilização de dreno (Tractionado) <input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição:	

CÓD. 38605

COMPRA DE PREVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

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

G - Sonida Nasogastrica

PA - Pressão Arterial

FC: Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso Enteral

HGT - Hemoglicoteste

AVP - Acesso Venoso Periférico

Rafaela Henrique
Enfermeira
COREN-PE 345.127

ENFERMEIRO(A) - D -

ENFERMEIRO(A) - N -

TÉC. EM ENFERMAGEM - D -

TÉC. EM ENFERMAGEM - N -

ASSINATURA E CARIMBO

ASSINATURA E CARIMBO



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Wilson Félix de Siqueira Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Atendimento Nutricional

Nutricionista responsável
Aline Polesi
Nutricionista

CRN 687956 11-11-14

COMPRA VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Pacientes divididos e classificados em non primários. Sigue nos comportamentos nutricional.

COMPRA VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	Atividade
26/07/18	# Serviço Social # Realizada visita ao leito, entrevista social, prestada orientações sobre Regime DPVAT e fluxo hospitalar.
27/07/18	# Atendendo # PF já encerrou no ato operatório motivo de transi- ção havia necessidade de fazer outro exame.
	EGD # Atendendo # D. [Signature] Orcet

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Wilson Félix de Souza Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Centro: _____

Atendimento Nutricional

Aline Poles

ANNE P. 55
Nutrition

Alimentação e classificada
em non humanos.
Segue pelo acompanhamento
nutricional.

COMPRENSIVA E PREVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Name: _____ Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Isaen Félix de Siqueira Data: 01/08/18 Hora: 14:40 Registr.: 39183
Comenda: 505 Letra: 402-02 Peso: — Altura: —

2 - EQUIPE MÉDICA:

~~2- EQUPO MILITAR~~
Cirugía: 24° Cirugía Anestesió: María
Auxiliar: 24° Técnica 2º Auxiliar: Instrumentador: Katina

3 - DADOS DA CIRURGIA:

3-DADOS DA CIRURGIA:
Cirurgia: **Tratamento de fístula de fôtoevólvo** (1) Início: **15:23** Término: **16:42**
Anestesia: **BLAQUE** Início: **15:08** Término: **15:45**

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

Estado Geral: Bom Regular Gravá
 Nível de Consciência: Orientado Consciente Sonolento Coma
 Respirório: Espontâneo Entubado Traqueostomizado
 Tricotomia: Sim Não
 Chegou no CC em uso de: Família da Enfermagem

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

Possível: Fowler () Lateral () Dorsal () Ventral () Ginecológica ()
 Banco de Sangue () Laboratório () Radiologia () Peça Cirúrgica: Sim () _____

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso	<input checked="" type="checkbox"/>	Monitor Cardíaco	<input checked="" type="checkbox"/>	PNI	<input checked="" type="checkbox"/>	Bomba CEC	Aspirador	<input type="checkbox"/>
Coelhão Térmico	<input type="checkbox"/>	Bisturi Ultrasonico	<input type="checkbox"/>	Artroscópio	<input type="checkbox"/>	Microscópio	Capnógrafo	<input type="checkbox"/>
Bisturi Elétrica	<input type="checkbox"/>	Local de Placa						
Carro de Anestesia	<input type="checkbox"/>	Diprofusor	<input type="checkbox"/>	Intubador	<input type="checkbox"/>			
Ap. Vídeo	<input type="checkbox"/>	Bomba de infusão	<input type="checkbox"/>			Nº ()		
Oxigênio	<input type="checkbox"/>	Ínicio	Término					
Pretóxido	<input type="checkbox"/>	Ínicio	Término					
Gás Carbônico	<input type="checkbox"/>	Ínicio	Término					
Outros:								

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Câmla Orotraqueal: Sim () Não (✓) Pungão Venoso: Sim () Não (✓) Sonda Venosa: Sim () Não (✓)
 Sonda Vesical de Demora: Sim () Não (✓) Sonda Gástrica: Sim () Não (✓)
 Drenagem (Tipo e Local): Sim () Não ()
 Curativo (Tipo e Local): Sim (✓) Não () P-0

6.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: Acordado () - Narcose () Entubado () Tracheostomizado ()
 Encaminhado para: SRPA () S. Intensiva () LICOR () UTI () API () Residência ()

Fecha: 05/08/18 Hora: _____ Enfermera: _____ Pabellón: _____

Circulante: KD

COMPRENSIVA E PREVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

CCO 33607

1. Identificação

Nome: Wessem Felix de Siqueira Leito da SRPA: 01
 data: 01/08/18 Hora: 16:50 Registro: 337436
 Leito de origem: 402 - D2

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Angulo FRT estreita D.
 Tipo de anestesia: Blgo. Plexo Brachial
 Equipe: Mº Leônidas Camilo Anestesista: Mº Matheo

3. Admissão

Estado geral: () Bom Regular () Torporoso () Grave
 Respiração: Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
 Sonda: () SVD () SNG () SNE
 Acesso Venoso Periférico: () Não Sim Onde: MSC
 Acesso Venoso Central: Não () Sim Onde: _____
 Drenos: Não () sim Onde: _____
 Sinais vitais: PA: 124 x 68 mmHg FR: — p/min FC: 69 p/min SaPO2: 100%
 Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00h	3:00h
PA	<u>122x75</u>	<u>126x75</u>	<u>119x72</u>	<u>116x72</u>	<u>116x72</u>	<u>116x72</u>
FR	—	—	—	—	—	—
FC	<u>89</u>	<u>62</u>	<u>62</u>	<u>60</u>	<u>58</u>	<u>58</u>
SaPO2	<u>97%</u>	<u>98%</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

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

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

Data: 01/08/18 Horário: 19:20 Responsável pelo encaminhamento: Dra. Gisele GOMES

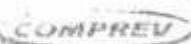
Alta da SRPA pelo médico: _____

*Dra. Gisele GOMES
Anestesiologista
01/08/18*

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

 DOM HELDER CÂMARA	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: 09.039.744/0001-94
	CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA	
FUND. MARTINIANO FERNANDES Registro: 39183 Nome: IVSON FELIX DE SIQUEIRA Mãe: JOSEFA MANOEL FELIX End.: RUA 11 Enferm.: 402 - 02 - LT TRAUMA		
Atendimento: 447532 Leito: 704		
Dt.Cad: 30/09/2012 Dt. Nasc: 07/03/1974 Bairro: BARRA DE JANGADA Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES CNS: 898003901989635		
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA		
<input checked="" type="checkbox"/> Confirmação sobre o paciente <ul style="list-style-type: none"> • Identificação do paciente • Local da cirurgia a ser feita • Procedimento a ser realizado • Consentimento informado realizado 		Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração? <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim e há equipamento disponível
<input checked="" type="checkbox"/> Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica <input checked="" type="checkbox"/> Checagem do equipamento anestésico <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de pulso instalado e funcionando		Há risco de perda sanguínea > 500ml (7mL/kg em crianças)? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim e há equipamento disponível
O paciente tem alguma alergia? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____		
ANTES DE INICIAR A CIRURGIA		
<input type="checkbox"/> Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões <input type="checkbox"/> O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam <ul style="list-style-type: none"> • Identificação do paciente • Local da cirurgia a ser feita • Procedimento a ser realizado 		O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não se aplica
<input type="checkbox"/> Antecipação de eventos críticos: <input type="checkbox"/> Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? <i>Sim</i> Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? <i>±1h30min</i>		Exames de imagem estão disponíveis? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <i>R X</i> <input type="checkbox"/> Não se aplica
<input type="checkbox"/> Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente? <i>Não</i> <input type="checkbox"/> Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? <i>Sim</i>		
ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA		
A enfermeira confirma verbalmente com a equipe: <i>Ho. enferm. Fnat. e o tovado</i>		
<input type="checkbox"/> Nome do procedimento realizado <input type="checkbox"/> A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica) <i>Sim</i> <input type="checkbox"/> Biópsias estão identificadas com o nome do paciente <i>N/A</i> <input type="checkbox"/> Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvidos <i>Não</i> <input type="checkbox"/> O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente <i>Sim</i>		 COMPREV - UNIÃO E PREVIDÊNCIA S/A 11 JAN 2019
		 Rafaela Henrique Enfermeira COREN-PE 345.127
PROTOCOLO AGENCIA RECIFE		



01/08/18

BH

Paciente: LIVSON FELIX DIO SI QUINTA

Sexo: MASC. FEM. Idade: 14A Risco: ASA I

CRM: Nome do Anestesista:

Nome do Cirurgião:

Medicação Pre-anestésica:

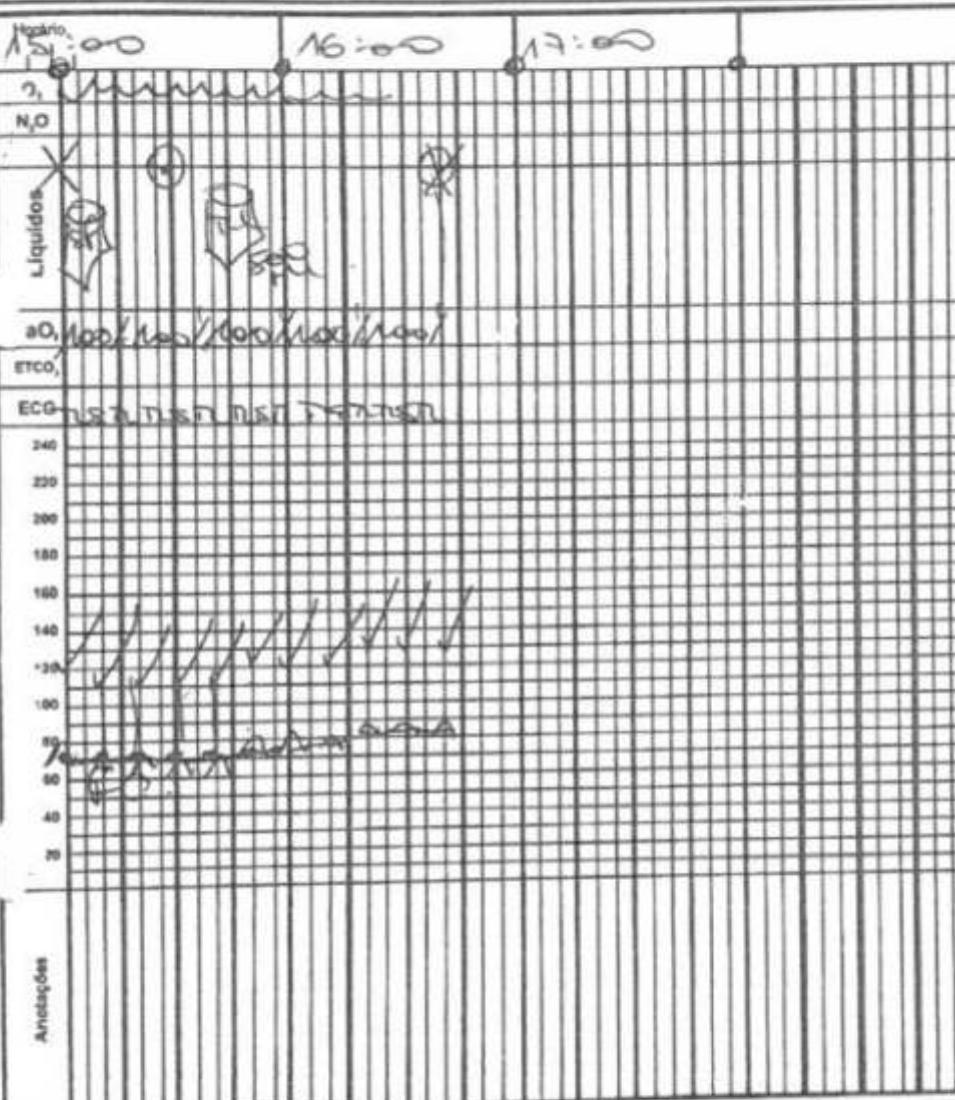
midazolam 3,0 mg + fentanyl 100 mcg

Urgência: NÃO SIM

Cirurgia:

T^{ro} cirúrgica de fratura do cotovelo ARRESTO

39183



Drogas Usadas	Quantidade
- vit	1,00
- midazolam	60mg
- fentanyl	100mcg
- cia 2/2 (100) 200mcg	
- tropidolac 200mcg	
- dipirona 2.000	

Técnica Anestésica

BLOQUEIO DE PLEXO
BRAQUIAL POR VIA
SUPERCLAVICULAR
+ AXILAR.

O₂ SOB CATETER
MASA L

Monitorização	<input type="checkbox"/> BIS
<input checked="" type="checkbox"/> Cardioscópico	<input type="checkbox"/> Temperatura
<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro	<input type="checkbox"/> Swan-Ganz
<input checked="" type="checkbox"/> PNI	<input type="checkbox"/> Analisador Gases
<input type="checkbox"/> Sonda Vesical	<input type="checkbox"/> PVC
<input type="checkbox"/> Capnógrafo	<input type="checkbox"/> Estimulador de Nervo
<input type="checkbox"/> Estet. Pré-Cordial	<input type="checkbox"/> Linha Arterial
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Volemia IBP Plus

Encapinhalado	<input checked="" type="checkbox"/> Acordado
	<input type="checkbox"/> Sonolento
	<input type="checkbox"/> Intubado
Destino	<input type="checkbox"/> SRPA
	<input type="checkbox"/> Apar/Enf.
	<input type="checkbox"/> UTI
	<input type="checkbox"/> Extremo

Intercorrência: NÃO SIM

Descrever:

Observações: NEGA ALERGIA

NEGA CONVULSIVIDADES

EM JEJUM.

EXAMES CHLEROS

Assinatura do Anestesista

Luisa Tempone

7817

COMPRAV. VIDA E PREVIDÊNCIA SIA

11 JAN 2019

DOM HEDER CAMARA

MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

DATA:

01/08/18

RG:

39123

PACIENTE:	Senhor Felix de Siqueira	AUXILIAR:	Dr. Francisco
CIRURGÃO:	DR. Faria	ANESTESISTA:	DR. Matheus
CIRURGIA:	TRAT. FRACTURA DE FETOXOLO	COORDENAÇÃO DO BLOCO:	Ruano
ESTRUMENTADOR:	Katina	COREN:	975.552
CIRCULANTE:	Roguel	HORARIO INICIAL:	HORARIO FINAL:
ENFERMEIRA:	Rafaela		

DESCRÍÇÃO MATERIAL USADO EM SALA (3)

AGULHAS

13X4,5	25X7	25X8	40X12
CARDIOPLEGICA	STIMPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27

ATADURAS

CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM	

CANULAS

AQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
RAQUEOST 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	KERLIK	PURILON	TELA MARLEX
BOMBA	BOMBA FOTO	PISANGUE	PISORO MACRO

EQUIPOS

BOMBA	BOMBA FOTO	PISANGUE	PISORO MACRO
-------	------------	----------	--------------

<div data-bbox="2

COD. 38407

MEDEA E PREVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	<p># Serviço Social #</p> <p>Realizada visita as leitos, prestada orientações p/ alta.</p> <p><i>(Assinatura)</i></p> <p>MR. 11/08/18</p> <p>ALICE VIEIRA</p> <p>ALICE VIEIRA</p> <p>CREST - LCB</p>
	<p><i>Solange Lira</i> Faturamento</p> <p>Em -</p>

UMPRE: BDA E ORFVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Name: _____ Registro: _____

Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

17000-20

LA EPREVIDÊNCIA FIA

11 JAN 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Scanned with CamScanner

RA: 89761037 - IVSON FELIX DE SIQUEIRA 44 anos 4 meses 25 dias Sexo : M
Dr.(a): 17726 - IJACIEL SOARES Entrada: 30/07/2018 12:46:28
Unidade: HDH-HOSPITAL DOM HELDER CAMARA - Posto: 000005 - INTERNADOS Prontuário: 39183 Cód.SUS: Local de Entrega:
T1-TRAUMA 1
Coleta: 30/07/2018 12:46:00

Data de Nascimento: 07/03/1974

TP - TEMPO DE PROTROMBINA

Resultado	Valor de Referência:
Tempo 89760955 - 27/07/2018 - 11,9	De 10,4 a 12,6 seg.
Atividade de Protrombina 89760955 - 27/07/2018 - 78	Atividade: Superior a 70%
INR Material: PLASMA	INR: Até 1,2 Método: AUTOMAÇÃO - COAGULOMÉTRICO Data Assinatura: 30/07/2018 13:44:39

URÉIA

Resultado	Valor de Referência:
24 mg/dL	De 1 a 3 anos: 10 a 36 mg/dL De 4 a 13 anos: 15 a 36 mg/dL De 14 a 19 anos: 18 a 45 mg/dL Homem até 50 anos: 19 a 44 mg/dL Homem acima de 50 anos: 18 a 55 mg/dL Mulher até 50 anos: 15 a 40 mg/dL Mulher acima de 50 anos: 20 a 43 mg/dL
89760955 - 27/07/2018 - 20	
Material: SORO	Método: UREASE
	 DRA. CLÁSSIA MOREIRA CARVALHO BIOMÉDICA CRM: 4000

Data Assinatura: 30/07/2018 13:44:39

Exames Assinados Eletronicamente

"Horário Oficial de Brasília"

"Amostra Não Coletada pelo Laboratório"

"Os resultados obtidos devem ser correlacionados com outros dados clínicos."

Laboratório participante do programa PELM da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica.

Rua: Dr. João Tavares de Mora, 57 Peixinhos 53230-290 Olinda - PE - Responsável Técnico: DR. LUCIANO ALMEIDA CRM/PE:5325

Data da Impressão: 01/08/2018 06:12:20 Página: 3/3

RA: 89761037 - IVSON FELIX DE SIQUEIRA 44 anos 4 meses 25 dias Sexo : M
Dr.(a): 17726 - IJACIEL SOARES
Unidade: HDH-HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA - Posto: 000005 - Entrada: 30/07/2018 12:46:28
TI-TRAUMA 1
Coleta: 30/07/2018 12:46:00

Data de Nascimento :07/03/1974

CREATININA

Resultado
0,53 mg/dL

Valor de Referência:
Homens: 0,72 a 1,25 mg/dL
Mulheres: 0,57 a 1,11 mg/dL

89760955 - 27/07/2018 - 0,69 |

Material: SORO

Método: PICRATO ALCALINO CINÉTICO
Data Assinatura: 30/07/2018 13:44:39

PROTEÍNA C REATIVA

Resultado
132,0 mg/L

Valor de Referência:
Até 5,0 mg/L

89760955 - 27/07/2018 - 13,4 |

Material: SORO

Método: IMMUNOTURBIDIMETRIA
Data Assinatura: 30/07/2018 13:53:05

POTÁSSIO

Resultado
4,2 mmol/L

Valor de Referência:
De 3,5 a 5,1 mmol/L

89760955 - 27/07/2018 - 4,5 |

Material: SORO

Método: ION SELETIVO
Data Assinatura: 30/07/2018 13:44:39

SÓDIO

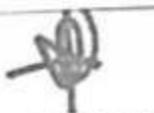
Resultado
137 mmol/L

Valor de Referência:
De 136 a 145 mmol/L

89760955 - 27/07/2018 - 140 |

Método: ION SELETIVO

Material: SORO


DRA. CLÁRESSA MOREIRA CARVALHO
BIOHÉDICA
CRM: 4608

Data Assinatura: 30/07/2018 13:44:39

Exames Assinados Eletronicamente

"Horário Oficial de Brasília"

"Amostra Não Coletada pelo Laboratório"

"Os resultados obtidos devem ser correlacionados com outros dados clínicos."

Laboratório participante do programa PELM da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica.
Rua. Dr. João Tavares de Moura, 57 Peixinhos 53230-290 Olinda - PE - Responsável Técnico: DR. LUCIANO ALMEIDA CRM/PE:5325

Data da Impressão: 01/08/2018 06:12:20 Página: 1/3


Sociedade Brasileira de Patologia Clínica

11 JAN 2019

PROTOCOLO
PROTÓCOLO DE CIEPE

RA: 89761037 - IVSON FELIX DE SIQUEIRA 44 anos 4 meses 25 dias Sexo : M
Dr.(a): 17726 - IJACIEL SOARES
Unidade: HDH-HOSPITAL DOM HELDER CAMARA - Posto: 000005 - INTERNADOS Prontuário: 39183 Cód.SUS: Local de Entrega:
TI-TRAUMA 1
Coleta: 30/07/2018 12:46:00

Data de Nascimento: 07/03/1974

HEMOGRAMA

Resultado Atual	Resultados Anteriores		Valor de Referência	
	Leuko Evolutivo	89760955 27/07/2018	Homens	Mulheres

ERITROGRAMA

Hemácias	3,88 10 ¹² /μL	4,18	—	—	4,4 - 5,9	4,0 - 5,4 10 ¹² /μL
Hemoglobina	11,4 g/dL	12,4	—	—	13,0 - 18,0	12,0 - 16,0 g/dL
Hematócrito	34,2 %	37,2	—	—	40 - 52	35 - 47 %
VCM	88,1 fl	89,0	—	—	80 - 100	80 - 100 fl
HCM	29,4 pg	29,7	—	—	27 - 32	27 - 32 pg
CHCM	33,3 g/dL	33,3	—	—	32 - 37	32 - 37 g/dL
RDW	13,1 %	12,8	—	—	Até 15	Até 15 %

LEUCOGRAMA

Leucócitos	100 %	7500 /μL	6900	—	—	100 %	3500 - 11000 /μL
Neutrófilos	74,1 %	5558 /μL	4940	—	—	50 - 70 %	2500 - 7000 /μL
Eosinófilos	7,5 %	563 /μL	580	—	—	1 - 6 %	100 - 600 /μL
Basófilos	0,7 %	53 /μL	48	—	—	0 - 2 %	0 - 200 /μL
Linfócitos	10,8 %	810 /μL	615	—	—	20 - 30 %	1000 - 3000 /μL
Monócitos	6,9 %	518 /μL	386	—	—	2 - 12 %	100 - 800 /μL
Plaquetas		179.000 /μL	137	—	—		150.000 - 450.000/μL

Nota: Baseado na orientação do International Society for Laboratory Hematology na qual deve haver uma padronização para liberação de exames de hemograma, incluindo o diferencial de leucócitos e de acordo com o Colegio Americano de Patologistas que orienta que neutrófilos bastonetes estão presentes em até 5 a 10% dos hemogramas normais, foi padronizada pelo Laboratório Científicalab do grupo DASA que a liberação de bastonetes é realizada quando estiverem acima de 6% do total de neutrófilos.

Material: SANGUE

Método: AUTOMAÇÃO

Data Assinatura: 30/07/2018 13:44:39

HEMOSSEDIMENTAÇÃO (VHS)

Resultado
105 mm/1h

Valor de Referência:
Homens: Até 8 mm/1h
Mulheres: Até 10 mm/1h

89760955 - 27/07/2018 - 55 |

Material: SANGUE

Método: TESTE DE WESTERGREN


DRA. CLÁSSICA MOREIRA CARVALHO
BIOMÉDICA
CRM: 4600

Data Assinatura: 30/07/2018 15:06:12

Exames Assinados Eletronicamente

"Horário Oficial de Brasília"

"Amostra Não Coletada pelo Laboratório"

"Os resultados obtidos devem ser correlacionados com outros dados clínicos."

Laboratório participante do programa PELM da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica.

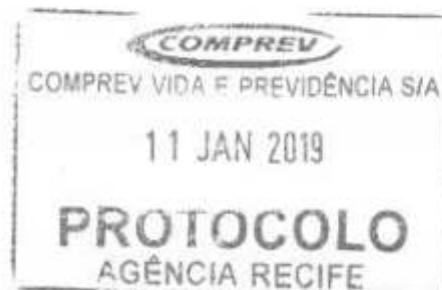
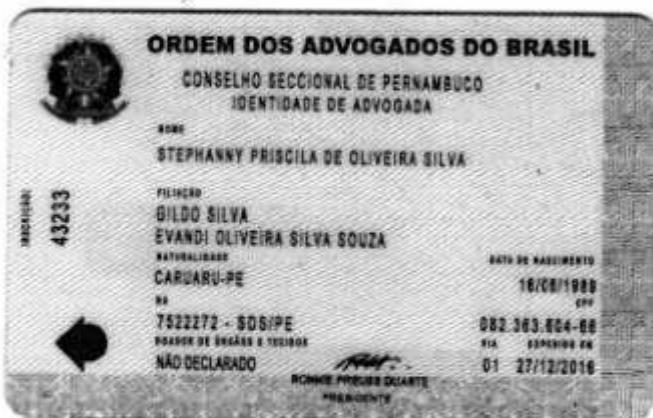
Rua: Dr. João Tavares de Moura, 57 Peixinhos 53230-290 Olinda - PE - Responsável Técnico: DR. LUCIANO ALMEIDA CRM/PE:5325

Data da Impressão: 01/08/2018 06:12:20 Página: 2/3


COMPRA VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV
 AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN
 A TRANSFERIR O REGISTRO DESSE VEÍCULO, PARA:

VALOR R\$ 3.000,00

N.º 012801580203

CERTIFICADO DE REGISTRO DE 09457046018

DETRAN-PE

1	407394031	DATA: 10/04/2018
JOSAPHAT DOMINGOS DOS SANTOS		
R ENGENHO DIAMANTE 71		
LOT. PLENEIRIA		
GOTIANA-PE		
55900-000		
363 - 782 - 648 - 00		
2020550		
TRACITIC OLIVEIRA DO NASCIMENTO		
9C2KC1660CR561915		
PAS MOTOCICLETA		
ALCO / GÁS		
HONDA/CG 150 TITAN EX		
2012 2012		
2P/149CL		
PARTIC PRETA		
20164224		
SEM RESERVA		
GOTIANA-PE		

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN

COMPREV
 COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

PROTOCOLO
 AGÊNCIA RECIFE

NOME DO COMPRADOR: IVON FELIX DE SIQUEIRA

NO. 51 43 333 CPF: 032 182 374-71

ENDEREÇO: RUA 6, VILA SOCIAL, N.º 173, PRAZERES.

LOCAL E DATA: JABOATÃO DOS GUARARAPES, 10-04-2017

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (PRAZO DE 10 DÍAS)

JOSEPHAT DOMINGOS DOS SANTOS

ATENÇÃO: Sócio parcia do fato que os responsáveis assumem a responsabilidade da documentação (lei Federal nº 9.514 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).

Este documento tem prazo máximo de 30 (trinta) dias da sua data de emissão para ser apresentado ao Detran de Pernambuco para a autenticação e reconhecimento definitivo do aquisitivo e do vendedor: encaminhamento ao Detran.

DE ACORDO COM A AUTENTICIDADE

RECERTIFICAMENTO DE VENDA DE VEÍCULO (ART. 205 C.P.C.)
2º CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTOS
Resonhezo, dor Autenticidade a firma de: JOSAPHAT DOMINGOS DOS SANTOS, D.O. 10/04/17 15:21:20 em testemunho da verdade, KATLEEN EDUARDA DOUTINHO DE MELLO - Escrivane, End. R\$ 3,88 TSPR R\$ 0,79 Total R\$ 4,66 Selo Digitalizado 6074914.48640201701.00064. Consulte www.titulardigitalizado.com.br

2º CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTOS
Resonhezo, dor Autenticidade a firma de IVON FELIX DE SIQUEIRA, fio. 09457046018, em testemunho da verdade, KATLEEN EDUARDA DOUTINHO DE MELLO - Escrivane, End. R\$ 3,88 TSPR R\$ 0,79 Total R\$ 4,66 Selo Digitalizado 6074914.48640201701.00065. Consulte www.titulardigitalizado.com.br

ESTREVENTE AUTORIZADO
 2020170100065
 2020170100066

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS DUNO: SEGURO DPVAT

PE Nº 010441835640 BILHETE DE SEGURO DPVAT

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT. EXERCÍCIO
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATÓRIO. 2012

CPF / CNPJ
032.782.374-71 PLACA
PEP9327
EVISON FELIX DE SIQUEIRA
RUA SETE 179
CASA CAJUEIRO SECO
JAB GUARARAPES-PE 54030-070
BILHETE DE SEGURO DPVAT

PE Nº 010441835640 EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2012 16/04/12

VIA CPF / CNPJ PLACA
1 032.782.374-71 PEP9327
RENAVAM MARCA / MODELO
337034554 I/SHINERAY XY 150 GY
ANO FAB. DATA FAB. N° CHASSI
2011 09 LXYJCKL05C0501647
PRÉMIO TARIFÁRIO
PMS (R\$) DEPATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
SEGURADO PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
 COTA ÚNICA PARCELADO

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

0104418356

RECIBO PE N

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

DE

DE



PEP9327

COD. RENAVAM

337034554

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190029201 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVSON FELIX DE SIQUEIRA **Data do acidente:** 24/07/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OLÉCRANO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE COTOVELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DE COTOVELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: *REANÁLISE CONCLUÍDA COM O PAGAMENTO COMPLEMENTAR DE 25% % PARA QUANTIFICAÇÃO DA SEQUELA EM GRAU INTENSO DE COTOVELO DIREITO, PARA O SINISTRO ATUAL.
***VITIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO(S) ANTERIOR (ES), CONFORME DADOS ABAIXO:
SINISTRO: 2012569402
SEQUELAS: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO - 50% VALOR
AVALIADO: 4.725,00
SINISTRO: 3170647673
- LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PÉ ESQUERDO EM GRAU LEVE - 25 % R\$ 1.687,50.
- LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO COTOVELO DIREITO EM GRAU MÉDIO - 50 % R\$ 1.687,50.

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 dos cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: IVSON FELIX DE SIQUEIRA, brasileiro, solteiro, motoboy, portador da cédula de identidade RG sob o nº 514333 MEX/PE, e CPF nº 032.782.374-71, residente e domiciliado na Rua Laguna, nº 818, Candeias – Jaboatão dos Guararapes, CEP 54460-380.

Outorgados: STEPHANNY PRISCILA DE OLIVEIRA SILVA, brasileira, solteira, Advogada, inscrita na OAB/PE nº 43.233 e PÂMELLA CAMILLA VANDERLEY DA SILVA, brasileira, casada, Advogada, inscrita na OAB/PE nº 47.289, com endereço profissional situado na Av. Domingos Ferreira, nº 2215, sala 101 A, 1º andar, Empresarial Santa Sicília, Boa Viagem, Recife/PE, CEP 51020-031 onde recebe intimações, e com endereços eletrônicos stephannyoliveira.adv@hotmail.com e pamellavanderley@gmail.com.

Poderes: Da cláusula "AD JUDICIA", para o Foro em geral, representá-lo junto a Repartições Públicas Federais, Estaduais e Municipais, Secretaria da Receita Federal, Cartórios, INSS, Varas de Família, Instâncias, Tribunais e Juizados, audiências, receber citações, notificações e intimações, requerer, retirar, assinar e apresentar documentos, fazer requerimentos administrativos, mover ações judiciais diversas, acompanhá-las até o fim, defendê-lo nas contrárias, fazer carga, substabelecer com ou sem reserva de poderes, adjudicar, concordar, discordar, desistir, transigir, contratar, assinar e ratificar quaisquer termos e compromissos, reconhecer, verificar, alegar e prestar declarações e informações, requerer e receber alvará judicial junto a qualquer banco, resarcimentos, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica (em conformidade com a norma do art. 105 do CPC/15), constituir advogados para defender os direitos e interesses da outorgante, enfim, praticar todos os atos legais necessários ao fiel cumprimento do presente mandato.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA: Declaro com base na Lei 7.115, de 29/08/1983, e para finalidade do disposto no Art. 4º, § 1º da Lei 1.060/50, e Constituição Federal, Art. 5º, LXXIV, que não posso arcar com custas processuais sem o sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração.

Recife, 05 de Novembro de 2018.



IVSON FELIX DE SIQUEIRA

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

PROCURACÃO "AD JUDICIA"

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA SIA

04 FEV 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFF

Outorgante: IVSON FELIX DE SIQUEIRA, brasileiro, solteiro, motoboy, portador da cédula de identidade RG sob o nº 514333 MEX/PE, e CPF nº 032.782.374-71, residente e domiciliado na Rua Laguna, nº 818, Candeias – Jaboatão dos Guararapes, CEP 54460-380.

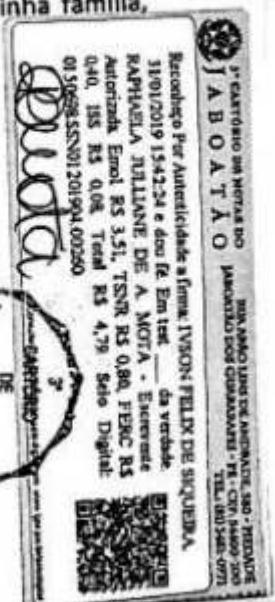
Outorgados: STEPHANNY PRISCILA DE OLIVEIRA SILVA, brasileira, solteira, Advogada, inscrita na OAB/PE nº 43.233 e PÂMELLA CAMILLA VANDERLEY DA SILVA, brasileira, casada, Advogada, inscrita na OAB/PE nº 47.289, com endereço profissional situado na Av. Domingos Ferreira, nº 2215, sala 101 A, 1º andar, Empresarial Santa Síclia, Boa Viagem, Recife/PE, CEP 51020-031 onde recebe intimações, e com endereços eletrônicos stephannysilva.adv@hotmail.com e pamellavanderley@gmail.com.

Poderes: Da cláusula "AD JUDICIA", para o Foro em geral, representá-lo junto a Repartições Públicas Federais, Estaduais e Municipais, Secretaria da Receita Federal, Cartórios, INSS, Varas de Família, Instâncias, Tribunais e Juizados, audiências, receber citações, notificações e intimações, requerer, retirar, assinar e apresentar documentos, fazer requerimentos administrativos, mover ações judiciais diversas, acompanhá-las até o fim, defendê-lo nas contrárias, fazer carga, substabelecer com ou sem reserva de poderes, adjudicar, concordar, discordar, desistir, transigir, contratar, assinar e ratificar quaisquer termos e compromissos, reconhecer, verificar, alegar e prestar declarações e informações, requerer e receber alvará judicial junto a qualquer banco, resarcimentos, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica (em conformidade com a norma do art. 105 do CPC/15), constituir advogados para defender os direitos e interesses da outorgante, enfim, praticar todos os atos legais necessários ao fiel cumprimento do presente mandato.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA: Declaro com base na Lei 7.115, de 29/08/1983, e para finalidade do disposto no Art. 4º, § 1º da Lei 1.060/50, e Constituição Federal, Art. 5º, LXXIV, que não posso arcar com custas processuais sem o sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração.

Recife, 05 de Novembro de 2018.

ENCON FELIX DE SIQUEIRA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0013316/19

Vítima: IVSON FELIX DE SIQUEIRA

CPF: 032.782.374-71

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/07/2018

Titular do CPF: IVSON FELIX DE SIQUEIRA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

STEPHANNY PRISCILA DE OLIVEIRA SILVA : 082.363.604-66

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

IVSON FELIX DE SIQUEIRA : 032.782.374-71

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/01/2019
Nome: STEPHANNY PRISCILA DE OLIVEIRA SILVA
CPF: 082.363.604-66

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/01/2019
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

STEPHANNY PRISCILA DE OLIVEIRA SILVA

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA