
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



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: 032.782.314-41 Nome completo da vítima: Iserson Felix de Siqueira

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

Nome completo: Iserson Felix de Siqueira CPF: 032.782.314-41
Profissão: Motorista Endereço: Rua Lagunar Número: 818 Complemento: _____
Bairro: Carandás Cidade: Feitoria dos Quarenta Estado: PE CEP: 54460-380
E-mail: STEPHANNY OLIVEIRA.ADV@HOTMAIL.COM Tel. (DDD): 819.8664-3636

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

RENDA MENSAL:

☐ RECLUSO 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 OPÇÃO DE CONTA

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

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

AGÊNCIA: 1580 CONTA: 143075 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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. 3º, §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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, _____
Nome: Iserson Felix de Siqueira
CPF: 032.782.314-41

(*) Assinatura de quem assina A RÔGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
2ª | Nome: 11 JAN 2019
CPF: _____

PROTOCOLO
Assinatura
AGÊNCIA RECIFE

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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 022ª CIRCUNSCRIÇÃO - PIEDADE - DP22ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0112003481**

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

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

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA BERNARDO VIEIRA DE MELO, 2260, PROXIMO A PROCURADORIA**
SÃO PAULO - Bairro: PIEDADE - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

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 Mãe: 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 - JABOATÃO 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: **AUTOMOVEI/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 UPB E LOGO APÓS FOI TRANSFEITO 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





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

INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA
DEPARTAMENTO TÉCNICO
SEÇÃO DE EMISSÃO DE LAUDOS
CONFERIR COM O ORIGINAL

23.10.18

Heinrich



Dados da Origem:

Nº PROTOCOLO: 603750

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

REQUISITANTE: Sr. Delegado CIODS



Identificação do Laudo: CndkOGvj5QWfcoJuzRkkVx2FxQbhgz7pkQmNT225ac1

GGPOC - IC - ICPAS (Recife) - UNICOPLAN

Laudo Pericial: 23.325/2018

Dados do exame:

NATUREZA: COLISÃO

LOCAL DO FATO: AVENIDA BERNARDO VIEIRA DE MELO, Nº NÃO INFORMADO,
PIEDADE - JABOATÃO 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

COMPANHIA DE 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: lc@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 Nº. 23.325/2018

COMPREV
COMPRESSÃO E DEVIDÊNCIA SIA
11 JAN 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE.

INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA
DEPARTAMENTO TÉCNICO
SEÇÃO DE EMISSÃO DE LAUDOS
C. 23.10.18
23 10 18
Herivelto

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



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

INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA
DEPARTAMENTO TÉCNICO
SETOR DE EMISSÃO DE LAUDOS
COMPROVANTE ORIGINAL

23.10.18



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 (22ª) 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 por capeamento 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: jc@comprev.gov.br

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



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

INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA PROF. ARMANDO SAMICO

INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA
DEPARTAMENTO TÉCNICO
SEÇÃO DE INVESTIGAÇÃO DE CRIMES
COMUNICAÇÃO COM O ORIGINAL



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.

SENTIDO 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

COMPREV - Rua, 100 - Jaboatão dos Guararapes - Recife - PE - CEP: 52.031-080
Fone: (81) 3303-2034 FAX: 3303-2022 - E-mail: ic@sds.pe.gov.br

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



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

INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA
DEPARTAMENTO TÉCNICO
SEÇÃO DE LAUDO
COMISSÃO DE ORIGEM

23.10.18



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 n^{os} 08 a 10.

V-2 - Exibia avarias aparentes em toda sua região posterior a esquerda, para choque posterior à esquerda, lateral posterior à esquerda (fron to posterior a esquerda por reflexo e outras (vide fotografias de n^{os} 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 n^o 7.413.146-SDS.PE, Carteira Nacional de Habilitação de n^o 1219930003-DETRAN-PE, Registro de n^o 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

Rua, Odorico Mendes, n^o 700 - Campo Grande - Recife - PE - CEP: 52.031-080
Fone: (81) 3303-2034 FAX: 3303-2022 - E-mail: ic@sds.pe.gov.br

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RÉCIFE

11 JAN 2019

COMPREV VINA E PREVIDÊNCIA S/A



23.10.18



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 apenso 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 envolvimento e também interação física no espaço físico do declinado entroncamento de vias.

Cujas avarias que foram produzidas naquela interseção demonstram 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, pôde 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



23



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-assinado 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

Assinado eletronicamente por ALCIDES BUARQUE DA SILVA 16683471487
em 2018-08-12 às 14:12:12, no Instituto de Criminalística Prof. Armando Samico, Recife, PE.
Quarta-feira, 12 de Agosto de 2018, 14:12:12.
Assinado por: ALCIDES BUARQUE DA SILVA 16683471487
Data: 2018-08-12 às 14:12:12
Endereço: Recife, PE

Dr. ALCIDES BUARQUE DA SILVA
Perito Criminal

COMPROVANTE DE RECEBIMENTO
COM - SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

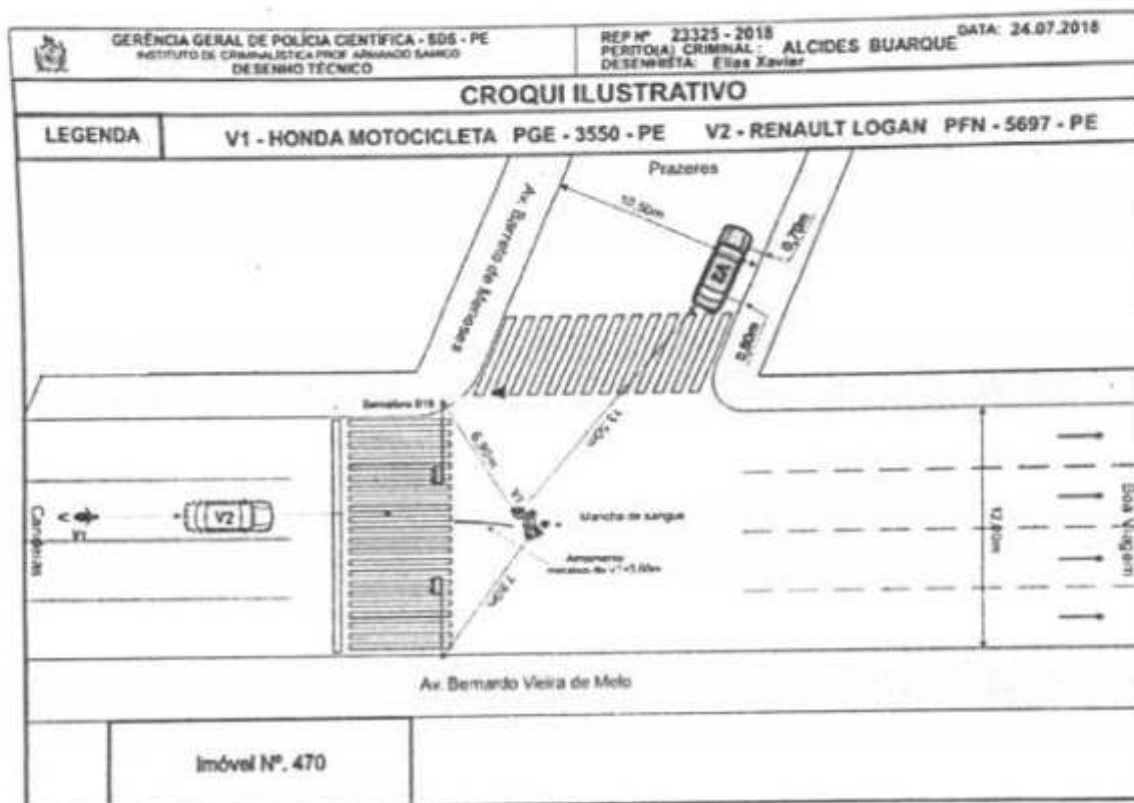
12/08/2018

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
SETOR DE LAUDOS E EXAMES
RECEBIDO EM 23/10/18
23.10.18
Assinado eletronicamente por ALCIDES BUARQUE DA SILVA 16683471487
em 2018-10-23 às 14:12:12, no Instituto de Criminalística Prof. Armando Samico, Recife, PE.
Quarta-feira, 23 de Outubro de 2018, 14:12:12.
Assinado por: ALCIDES BUARQUE DA SILVA 16683471487
Data: 2018-10-23 às 14:12:12
Endereço: Recife, PE



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



COMPREV
COMPROVADO DE RESPONSABILIDADE SIA
11 JAN 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA
DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
GOV. DO ESTADO DE PERNAMBUCO
EX. 23 10 18
Necrotó
CHEFE DE SEÇÃO DE LAUDOS



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 ACESSIBILIDADE
SEMA
2639-4

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:

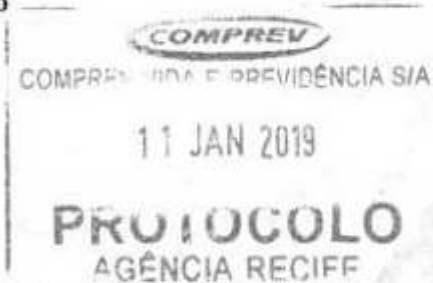
VI – Honda/CG 150 Titan EX. Cor: Preta. Ano: 2012. Placa: PGE3550.
Condutor: Ivson Felix de Siqueira. CNH: 05.806.895.635.

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, transito.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 (n), 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 desta 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



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 MATRÍCULA: 5586439 Mar/2014
 ANTONIO DE SIQUEIRA
 R. LAGUNA, N. 200 - F. 200 - J. 200 - C. 200 - M. 200 - P. 200 - R. 200 - S. 200 - T. 200 - U. 200 - V. 200 - W. 200 - X. 200 - Y. 200 - Z. 200 - AA. 200 - AB. 200 - AC. 200 - AD. 200 - AE. 200 - AF. 200 - AG. 200 - AH. 200 - AI. 200 - AJ. 200 - AK. 200 - AL. 200 - AM. 200 - AN. 200 - AO. 200 - AP. 200 - AQ. 200 - AR. 200 - AS. 200 - AT. 200 - AU. 200 - AV. 200 - AW. 200 - AX. 200 - AY. 200 - AZ. 200 - BA. 200 - BB. 200 - BC. 200 - BD. 200 - BE. 200 - BF. 200 - BG. 200 - BH. 200 - BI. 200 - BJ. 200 - BK. 200 - BL. 200 - BM. 200 - BN. 200 - BO. 200 - BP. 200 - BQ. 200 - BR. 200 - BS. 200 - BT. 200 - BU. 200 - BV. 200 - BW. 200 - BX. 200 - BY. 200 - BZ. 200 - CA. 200 - CB. 200 - CC. 200 - CD. 200 - CE. 200 - CF. 200 - CG. 200 - CH. 200 - CI. 200 - CJ. 200 - CK. 200 - CL. 200 - CM. 200 - CN. 200 - CO. 200 - CP. 200 - CQ. 200 - CR. 200 - CS. 200 - CT. 200 - CU. 200 - CV. 200 - CW. 200 - CX. 200 - CY. 200 - CZ. 200 - DA. 200 - DB. 200 - DC. 200 - DD. 200 - DE. 200 - DF. 200 - DG. 200 - DH. 200 - DI. 200 - DJ. 200 - DK. 200 - DL. 200 - DM. 200 - DN. 200 - DO. 200 - DP. 200 - DQ. 200 - DR. 200 - DS. 200 - DT. 200 - DU. 200 - DV. 200 - DW. 200 - DX. 200 - DY. 200 - DZ. 200 - EA. 200 - EB. 200 - EC. 200 - ED. 200 - EE. 200 - EF. 200 - EG. 200 - EH. 200 - EI. 200 - EJ. 200 - EK. 200 - EL. 200 - EM. 200 - EN. 200 - EO. 200 - EP. 200 - EQ. 200 - ER. 200 - ES. 200 - ET. 200 - EU. 200 - EV. 200 - EW. 200 - EX. 200 - EY. 200 - EZ. 200 - FA. 200 - FB. 200 - FC. 200 - FD. 200 - FE. 200 - FF. 200 - FG. 200 - FH. 200 - FI. 200 - FJ. 200 - FK. 200 - FL. 200 - FM. 200 - FN. 200 - FO. 200 - FP. 200 - FQ. 200 - FR. 200 - FS. 200 - FT. 200 - FU. 200 - FV. 200 - FW. 200 - FX. 200 - FY. 200 - FZ. 200 - GA. 200 - GB. 200 - GC. 200 - GD. 200 - GE. 200 - GF. 200 - GG. 200 - GH. 200 - GI. 200 - GJ. 200 - GK. 200 - GL. 200 - GM. 200 - GN. 200 - GO. 200 - GP. 200 - GQ. 200 - GR. 200 - GS. 200 - GT. 200 - GU. 200 - GV. 200 - GW. 200 - GX. 200 - GY. 200 - GZ. 200 - HA. 200 - HB. 200 - HC. 200 - HD. 200 - HE. 200 - HF. 200 - HG. 200 - HH. 200 - HI. 200 - HJ. 200 - HK. 200 - HL. 200 - HM. 200 - HN. 200 - HO. 200 - HP. 200 - HQ. 200 - HR. 200 - HS. 200 - HT. 200 - HU. 200 - HV. 200 - HW. 200 - HX. 200 - HY. 200 - HZ. 200 - IA. 200 - IB. 200 - IC. 200 - ID. 200 - IE. 200 - IF. 200 - IG. 200 - IH. 200 - II. 200 - IJ. 200 - IK. 200 - IL. 200 - IM. 200 - IN. 200 - IO. 200 - IP. 200 - IQ. 200 - IR. 200 - IS. 200 - IT. 200 - IU. 200 - IV. 200 - IW. 200 - IX. 200 - IY. 200 - IZ. 200 - JA. 200 - JB. 200 - JC. 200 - JD. 200 - JE. 200 - JF. 200 - JG. 200 - JH. 200 - JI. 200 - JJ. 200 - JK. 200 - JL. 200 - JM. 200 - JN. 200 - JO. 200 - JP. 200 - JQ. 200 - JR. 200 - JS. 200 - JT. 200 - JU. 200 - JV. 200 - JW. 200 - JX. 200 - JY. 200 - JZ. 200 - KA. 200 - KB. 200 - KC. 200 - KD. 200 - KE. 200 - KF. 200 - KG. 200 - KH. 200 - KI. 200 - KJ. 200 - KK. 200 - KL. 200 - KM. 200 - KN. 200 - KO. 200 - KP. 200 - KQ. 200 - KR. 200 - KS. 200 - KT. 200 - KU. 200 - KV. 200 - KW. 200 - KX. 200 - KY. 200 - KZ. 200 - LA. 200 - LB. 200 - LC. 200 - LD. 200 - LE. 200 - LF. 200 - LG. 200 - LH. 200 - LI. 200 - LJ. 200 - LK. 200 - LL. 200 - LM. 200 - LN. 200 - LO. 200 - LP. 200 - LQ. 200 - LR. 200 - LS. 200 - LT. 200 - LU. 200 - LV. 200 - LW. 200 - LX. 200 - LY. 200 - LZ. 200 - MA. 200 - MB. 200 - MC. 200 - MD. 200 - ME. 200 - MF. 200 - MG. 200 - MH. 200 - MI. 200 - MJ. 200 - MK. 200 - ML. 200 - MM. 200 - MN. 200 - MO. 200 - MP. 200 - MQ. 200 - MR. 200 - MS. 200 - MT. 200 - MU. 200 - MV. 200 - MW. 200 - MX. 200 - MY. 200 - MZ. 200 - NA. 200 - NB. 200 - NC. 200 - ND. 200 - NE. 200 - NF. 200 - NG. 200 - NH. 200 - NI. 200 - NJ. 200 - NK. 200 - NL. 200 - NM. 200 - NN. 200 - NO. 200 - NP. 200 - NQ. 200 - NR. 200 - NS. 200 - NT. 200 - NU. 200 - NV. 200 - NW. 200 - NX. 200 - NY. 200 - NZ. 200 - OA. 200 - OB. 200 - OC. 200 - OD. 200 - OE. 200 - OF. 200 - OG. 200 - OH. 200 - OI. 200 - OJ. 200 - OK. 200 - OL. 200 - OM. 200 - ON. 200 - OO. 200 - OP. 200 - OQ. 200 - OR. 200 - OS. 200 - OT. 200 - OU. 200 - OV. 200 - OW. 200 - OX. 200 - OY. 200 - OZ. 200 - PA. 200 - PB. 200 - PC. 200 - PD. 200 - PE. 200 - PF. 200 - PG. 200 - PH. 200 - PI. 200 - PJ. 200 - PK. 200 - PL. 200 - PM. 200 - PN. 200 - PO. 200 - PP. 200 - PQ. 200 - PR. 200 - PS. 200 - PT. 200 - PU. 200 - PV. 200 - PW. 200 - PX. 200 - PY. 200 - PZ. 200 - QA. 200 - QB. 200 - QC. 200 - QD. 200 - QE. 200 - QF. 200 - QG. 200 - QH. 200 - QI. 200 - QJ. 200 - QK. 200 - QL. 200 - QM. 200 - QN. 200 - QO. 200 - QP. 200 - QQ. 200 - QR. 200 - QS. 200 - QT. 200 - QU. 200 - QV. 200 - QW. 200 - QX. 200 - QY. 200 - QZ. 200 - RA. 200 - RB. 200 - RC. 200 - RD. 200 - RE. 200 - RF. 200 - RG. 200 - RH. 200 - RI. 200 - RJ. 200 - RK. 200 - RL. 200 - RM. 200 - RN. 200 - RO. 200 - RP. 200 - RQ. 200 - RR. 200 - RS. 200 - RT. 200 - RU. 200 - RV. 200 - RW. 200 - RX. 200 - RY. 200 - RZ. 200 - SA. 200 - SB. 200 - SC. 200 - SD. 200 - SE. 200 - SF. 200 - SG. 200 - SH. 200 - SI. 200 - SJ. 200 - SK. 200 - SL. 200 - SM. 200 - SN. 200 - SO. 200 - SP. 200 - SQ. 200 - SR. 200 - SS. 200 - ST. 200 - SU. 200 - SV. 200 - SW. 200 - SX. 200 - SY. 200 - SZ. 200 - TA. 200 - TB. 200 - TC. 200 - TD. 200 - TE. 200 - TF. 200 - TG. 200 - TH. 200 - TI. 200 - TJ. 200 - TK. 200 - TL. 200 - TM. 200 - TN. 200 - TO. 200 - TP. 200 - TQ. 200 - TR. 200 - TS. 200 - TT. 200 - TU. 200 - TV. 200 - TW. 200 - TX. 200 - TY. 200 - TZ. 200 - UA. 200 - UB. 200 - UC. 200 - UD. 200 - UE. 200 - UF. 200 - UG. 200 - UH. 200 - UI. 200 - UJ. 200 - UK. 200 - UL. 200 - UM. 200 - UN. 200 - UO. 200 - UP. 200 - UQ. 200 - UR. 200 - US. 200 - UT. 200 - UY. 200 - UZ. 200 - VA. 200 - VB. 200 - VC. 200 - VD. 200 - VE. 200 - VF. 200 - VG. 200 - VH. 200 - VI. 200 - VJ. 200 - VK. 200 - VL. 200 - VM. 200 - VN. 200 - VO. 200 - VP. 200 - VQ. 200 - VR. 200 - VS. 200 - VT. 200 - VU. 200 - VV. 200 - VW. 200 - VX. 200 - VY. 200 - VZ. 200 - WA. 200 - WB. 200 - WC. 200 - WD. 200 - WE. 200 - WF. 200 - WG. 200 - WH. 200 - WI. 200 - WJ. 200 - WK. 200 - WL. 200 - WM. 200 - WN. 200 - WO. 200 - WP. 200 - WQ. 200 - WR. 200 - WS. 200 - WT. 200 - WY. 200 - WZ. 200 - XA. 200 - XB. 200 - XC. 200 - XD. 200 - XE. 200 - XF. 200 - XG. 200 - XH. 200 - XI. 200 - XJ. 200 - XK. 200 - XL. 200 - XM. 200 - XN. 200 - XO. 200 - XP. 200 - XQ. 200 - XR. 200 - XS. 200 - XT. 200 - XU. 200 - XV. 200 - XW. 200 - XX. 200 - XY. 200 - XZ. 200 - YA. 200 - YB. 200 - YC. 200 - YD. 200 - YE. 200 - YF. 200 - YG. 200 - YH. 200 - YI. 200 - YJ. 200 - YK. 200 - YL. 200 - YM. 200 - YN. 200 - YO. 200 - YP. 200 - YQ. 200 - YR. 200 - YS. 200 - YT. 200 - YU. 200 - YV. 200 - YW. 200 - YX. 200 - YY. 200 - YZ. 200 - ZA. 200 - ZB. 200 - ZC. 200 - ZD. 200 - ZE. 200 - ZF. 200 - ZG. 200 - ZH. 200 - ZI. 200 - ZJ. 200 - ZK. 200 - ZL. 200 - ZM. 200 - ZN. 200 - ZO. 200 - ZP. 200 - ZQ. 200 - ZR. 200 - ZS. 200 - ZT. 200 - ZU. 200 - ZV. 200 - ZW. 200 - ZX. 200 - ZY. 200 - ZZ.

SITUAÇÃO ÁGUA 1-400 **SITUAÇÃO ESGOTO** 1-400 **QUANTIDADE DE ECONOMIAS**
 RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA

HIDRÔMETRO 1-400 **DATA LEIT. ANTERIOR** **DATA LEIT. ATUAL** **TIPO DE CONSUMO (A/E)**
 NÃO MEDIDO

ÁGUA
 LEIT. ANT. CONSUMO: 10
 LEIT. ATUAL
 LEIT. FALTA

HISTÓRICO DE CONSUMO
 REFERÊNCIA CONSUMO

PARÂMETROS	EXIG. PORT	ANAL. PORT	ATENÇÃO
TURBIDIDADE	10	117	116
COR APARENTE	164	114	110
COLOR. RESIDUAL	164	114	110
COLOR. TOTAIS	164	114	110
CLORO RESIDUAL	164	114	110
CLORO TOTAIS	164	114	110

NOTA: O RESULTADO DA ANÁLISE DE ÁGUA EM 09/03/2014, COM VALORES DE 117 PARA TURBIDIDADE, 114 PARA COR APARENTE, 114 PARA COLOR. RESIDUAL, 114 PARA COLOR. TOTAIS, 114 PARA CLORO RESIDUAL E 114 PARA CLORO TOTAIS, ESTÁ DENTRO DOS LIMITES DE CONFORMIDADE COM A RESOLUÇÃO Nº 291/2004 DO CONSELHO NACIONAL DE CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA (CNCQA).

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS **CONSUMO** **TOTAL (R\$)**

RESIDENCIAL 1 UNIDADE (C) 10 m³ 0,10

CONSUMO DE ÁGUA 10 m³ 0,10

MULTA POR IMPUNTUALIDADE 0,01

TOTAL A PAGAR: 0,11

DESCRIÇÃO	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
IMPOSTO	0,10	1,65	0,10
TOTAL	0,10	1,65	0,10

VENCIMENTO: 26/04/2014 **TOTAL A PAGAR:** 0,11


MENSAGEM:
 EM 23/03/2014, REGISTRAMOS QUE V.S.A. ESTAVA PRETENDO COM A COMPESA MAS JÁ O TENHA PAGADO, DESCONSIDERE ESTE AVISO.

COMPREV
 COMPREV S/A - PROVIDÊNCIA S/A
 11 JAN 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



Retirado do Serviço Postal em: _____ Rúbrica do Responsável: _____ Matrícula: _____	<input type="checkbox"/> 01 - MUDOU-SE	<input type="checkbox"/> 05 - DESCONHECIDO	<input type="checkbox"/> 06 - RECUSADO	<input type="checkbox"/> 07 - AUSENTE	<input type="checkbox"/> 08 - NÃO PROCURADO	<input type="checkbox"/> 09 - NÃO EXISTE N.º INDICADO	<input type="checkbox"/> 04 - FALTEADO
	<input type="checkbox"/> 10 - OBJETO DANIFICADO	<input type="checkbox"/> 11 - END. DESCONHECIDO NA LOCALIDADE	<input type="checkbox"/> 12 - FALTA COMPLEMENTO (COLETA/JSU)	<input type="checkbox"/> 13 - CAIXA POSTAL CANCELADA			

Remetente: Al. Rio Negro, 585 - Bloco D - 15º andar - Barueri - São Paulo - SP - 06454-000



FAC
FACILITADOR DE PAGAMENTOS
Cartão

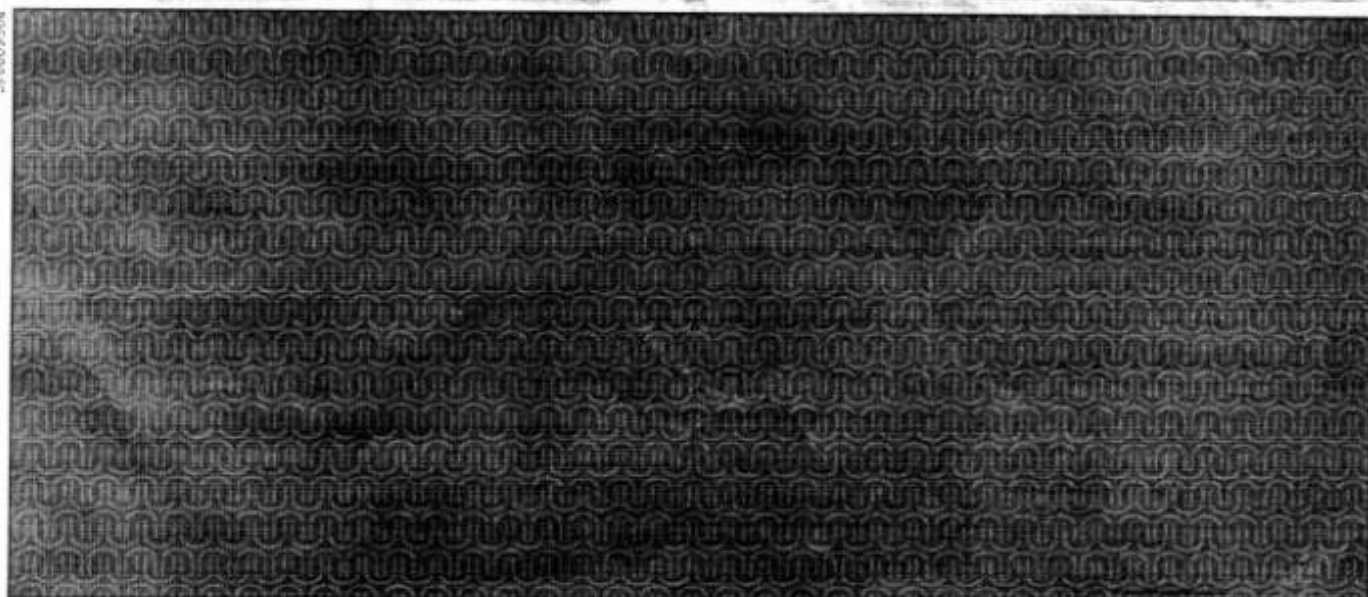
Data de Postagem: 14/12/2018
Data de Vencimento: 26/12/2018

CTG RECIFE PE PL2
STEPHANNY PRISCILA DE OLIVEIRA SILVA
RUA CAXAMBU 00085 LARGO DOM LUIZ
VASCO DA GAMA
52280-480 RECIFE PE



7209036539427390000000901930141218

9/2009564



COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

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 Silva inscrito (a) no CPF 082363604-66 / PE, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Aurem Felix de Siqueira inscrito (a) no CPF sob o Nº 032.782.374-71 / PE, do sinistro de DPVAT cobertura Invalido da Vítima Aurem Felix de Siqueira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 032.782.374-71, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso Informar

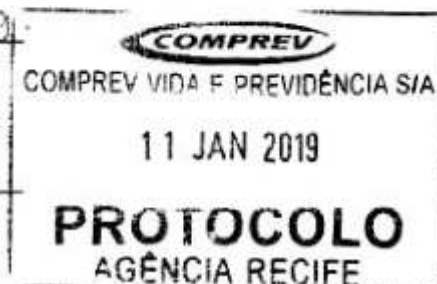
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua Raxambu</u>		Número <u>85</u>	Complemento
Bairro <u>Vasco da Gama</u>	Cidade <u>Recife</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>52280480</u>
Email <u>Stephannyoliveira.adv@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(81)9.8664-3636</u>

Recife, 11 de janeiro de 2019.
Local e Data

Stephanny Oliveira
Assinatura do Declarante



LAUDO MÉDICO

Data do Atendimento: 7/11/2018

Nº PRONTUÁRIO: 39183

NOME DO PACIENTE: Isson Félix de Siqueira

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

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

CID:

S52 + T92

OBS.: Paciente com fratura de olecrano
consolidada; apresenta sequelas em
M5 (D) (limitação movimento de extensão), ausência
do cotovelo

Nº DIAS: _____ () AFASTAMENTO DO TRABALHO

sendo assim incapacidade definitiva
devido à acidente.

Dra. Mariana S. de Almeida Araújo

Assinatura do Médico
CRM-PB 10287

Dra. Mariana S. de Almeida Araújo
Médica

CREMEPE: 26413 CRM-PB 10287





HOSPITAL DOM HÉLDER CÂMARA
CENTRO DIAGNÓSTICO
TOMOGRAFIA



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

Pedido: 337436 Atendimento: 447552 Idade: 44a 4m 19d
Paciente: 39183 IVSON FELIX DE SIQUEIRA
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

Dr. Bruno Daltro
Ortopedia/Traumatologia
CRM 15693

16/08/18

06:30 às 08:00

Encaixe no ambulatório DE TRAUMATOLOGIA

Assinatura do Médico e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/PE
Fundação Professor Manoel de Azevedo - IMIP Hospitalar
Hospital Metropolitano Sul - Dom Helder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 93, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de retorno ambulatorial no HDH.

INFORMAÇÕES ADICIONAISDATA DA AVALIAÇÃO 14/09/18DIAGNOSTICO: FraturaCotovelo DCONDUTA: Ortopedia

OBSERVAÇÕES: _____

PROCEDIMENTOS REALIZADOSCÓD. 03020301305529CÓD. 030205002-7 CID M255CÓD. _____ CID M245**REGISTRO DE ALTA**

DATA DA ALTA: _____

MOTIVO: _____

ASSINATURA DO MÉDICO _____

DATAS DAS SESSÕES01 14/09/1802 28/09/1803 05/10/18

04 _____

05 _____

06 _____

07 _____

08 _____

09 _____

10 _____

11 _____

12 _____

13 _____

14 _____

15 _____

16 _____

17 _____

18 _____

19 _____

20 _____

COMPREV
COMPANHIA DE PREVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

LAUDO MÉDICO

Data de Atendimento: 16/01/18

Nº PRONTUÁRIO: 39183

NOME DO PACIENTE: Lyson Félix de Azevedo

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: 15^o DPO de fratura
do olecrano (D)

CID: S52.0

OBS.: 

Nº DIAS () AFASTAMENTO DO TRABALHO


Francisco Ferreira Júnior
Cremepa 23424

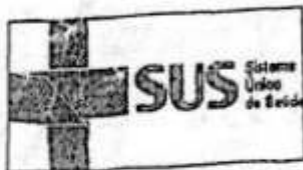

COMPREV - COMISSÃO DE PREVIDÊNCIA S/A

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: 418/18 FONE: _____
CNS: 7004021/1102750
NOME: Simone Felix da
Siqueira
DATA DE NASCIMENTO: 07/03/74
SEXO: M RAÇA/COR: _____
CEP: 54460-380
ENDEREÇO: Rua Laguna
Candeeiras
NÚMERO: 818 COMPLEM. _____

ATENDIMENTO

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

CENTRO DE REABILITAÇÃO E FISIOTERAPIA
FONE: 3476-4965

COMPREV
COMPRESSÃO E PREVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

IVSON FELIX DE SIQUEIRA*
RM044Y
Ex 37176
Se 10429Im 1

IVSON FELIX DE SIQUEIRA*
RM044Y
Ex 37176
Se 10430Im 1

IVSON FELIX DE SIQUEIRA*
RM044Y
Ex 37176
Se 10432Im 1

11.54.09
07-25-2018
IVSON FELIX DE SIQUEIRA*
RM044Y
Ex 37176
Se 10435Im 1

11.54.09
07-25-2018
IVSON FELIX DE SIQUEIRA*
RM044Y
Ex 37176
Se 10460Im 1

11.54.09
07-25-2018
IVSON FELIX DE SIQUEIRA*
RM044Y
Ex 37176
Se 10463Im 1

11.54.09
07-25-2018
IVSON FELIX DE SIQUEIRA*
RM044Y
Ex 37176
Se 10467Im 1

11.54.09
07-25-2018
IVSON FELIX DE SIQUEIRA*
RM044Y
Ex 37176
Se 10474Im 1

11.54.09
07-25-2018
IVSON FELIX DE SIQUEIRA*
RM044Y
Ex 37176
Se 10479Im 1

11.54.09
07-25-2018

11.54.09
07-25-2018

11.54.09
07-25-2018

COMPREV UNIA PREVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

PROTOCOLO



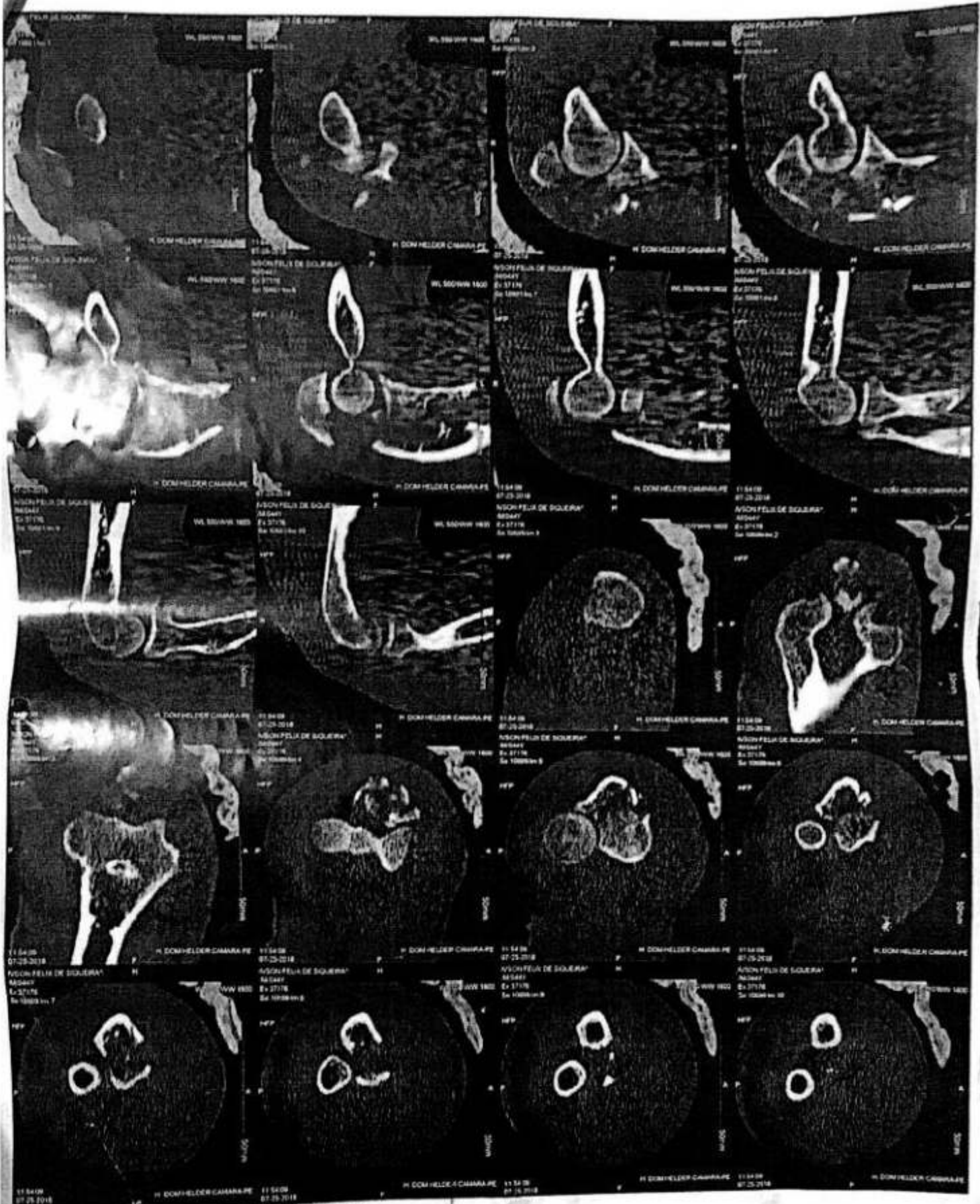
11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

HOSPITAL DOM HÉLDER CÂMARA
PACIENTE: IVESON FELIX
REGISTRO: 01/108/18
DATA: 01/108/18

(D)

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

HOSPITAL DOM HÉLDER CÂMARA

PACIENTE: Usoa Folir

REGISTRO

DATA 03/08/18

(D)

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

23
Wson Felix de
Siqueira
07/11/18

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Ivson Felix de
Siqueira
07/11/18

COMPRENSÃO E PREVIDÊNCIA SIA

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

25

Wem Felix
de Saqueiro
02117118

IMPRESA
COMPANHIA DE PREVIDÊNCIA S/A
11 JAN 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

FISIOTERAPIA

Data de Atendimento:

17.9.18

Nº PRONTUÁRIO:

38183

NOME DO PACIENTE:

Luiz Felipe da
Figueira

Nº

amb (20)

SESSÕES

CID:

OBS.:

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

Di. Carlos
CRM 15.463
Assinatura do Médico
Carimbo

CÓD. 38392



RECEITUÁRIO

NOME: _____

Encaminho o paciente
Jerson Felix de Siqueira.

Para acompanhamento
com a terapeuta Ocupacional.
Atenciosamente


Simone Peres
Fisioterapeuta
CREFITO 50317-F


COMPREV - COMISSÃO DE PREVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



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

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Fundação Professor Martiniano Fernandes
IMIP HOSPITALAR
CNPJ: 09.039.744/0001-94

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 39183

Nome: IVSON FELIX DE SIQUEIRA

Mãe: JOSEFA MANOEL FELIX

End.: RUA 11

Enferm.: BL-1 A

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

Atendimento: 447552

DI.Cad: 30/09/2012

DI. Nasc: 07/03/1974

Bairro: BARRA DE JANGADA

Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES

CNS: 898003901989635

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

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

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

- ☒ Não
- ☐ Sim e há equipamento disponível

Há risco de perda sanguínea > 500ml (7mL/kg em crianças)?

- ☒ Não
- ☐ Sim e há equipamento disponível

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- ☒ Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
- ☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam
 - Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- ☒ Sim *cefalotina 2g*
- ☐ Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

- ☒ Sim *PX*
- ☐ Não se aplica

- ☒ Antecipação de eventos críticos:
 - ☒ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? *NÃO*

Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? *± 1h, NÃO*

- ☒ Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente? *NÃO*
- ☒ Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? *Sim*

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

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

IMPREV
IMPREV - INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

Isabelle R. Barbosa
Enfermeira
CNPJ: 09.039.744/0001-94

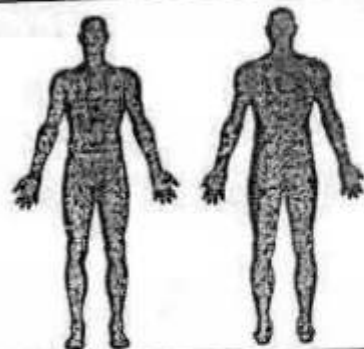
U02-2

HOSPITAL
DOM HELDER CAMARA
Data: 30/04/19

CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome: <u>huan F. de Siqueira</u>	
Data de Nascimento: <u>01/03/74</u>	Registro: <u>39193</u>
Sector: <u>MO</u>	Leito: <u>U02-2</u>
SINAIS VITAIS	
PA:	T: HGT:
Observação:	



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

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

ALERGIA		USO DE SONDAS
SIM () QUAL: NÃO (X) OBSERVAÇÃO: <u>COMPREV</u>	COMPREV	SNE () SNG ()
SIM (X) QUAL: <u>Cefasolin</u>	ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO 1 JAN 2019	SVD ()
SIM () QUAL: NÃO (X) OBSERVAÇÃO:	PROTÓCOLO	Outra:
SIM () QUAL: NÃO (X) HORÁRIO DA ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO:	AGÊNCIA RECIFE	DRENO
		SIM () NÃO ()
		Qual:
		Local:

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE	
JEJUM:	SIM (X) NÃO () À partir do dia 29/04/19 às 23:00 Observação:
HIGIENIZAÇÃO:	SIM (X) NÃO () Observação:
TRICOTOMIA:	SIM (X) NÃO () Observação:
RETIRADO ADORNOS:	SIM (X) NÃO () RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA: SIM () NÃO ()
CIRURGIAS ANTERIORES:	SIM (X) Quais/Datas: <u>quase não</u>
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE:	SIM () NÃO (X) Quais/Datas:
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:	SIM (X) Observação: LATERALIDADE DEMARCADA: SIM () NÃO (X) Observação:

Enfermeiro Responsável: Silvia M. de Siqueira
(Assinar e Carimbar)
Enfermeira
CREPE 386.910

CÓD. 38404



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Scanned with CamScanner

HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARAGESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

25/07/18

Paciente

VINÍCIUS FELIX DE SIQUEIRA

Sexo

M

Cor

Pd

Idade

44

Risco

IC

CRM

Nome do Anestesiologista

18497

ANDRÉ WILSON WILSON

Nome do Cirurgião

EDUARDO QUENIAZ

Medicação Pré-anestésica

REG: 39183

Urgência

☐ NÃO☒ SIM

Cirurgia

Tratamento cirúrgico de fratura do cotovelo

Horário

0,084

2

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

Drogas Usadas

Quantidade

fentanyl

50mcg

ketorolac 160mg

dexametazona 10mg

cetorolac 100mg

indometacina 50mg

Técnica Anestésica bloqueio do plexo braquial duplo, via inter-escapular e axilar, com estimulador de 2. pinos.

Monitorização

☐ BIS☒ Cardioscópio☐ Temperatura☒ Oxímetro☐ Swan-Ganz☒ PNI☐ Analisador Gases☐ Sonda Vesical☐ PVC☐ Capnógrafo☐ Estimulador de Nervo☐ Estet. Pré-Cordial☐ Linha Arterial☐ Outros☐ Volemia IBP Plus

Encaminhado

☒ Acordado☐ Sonolento☐ Intubado☐ Destino☐ SRPA☐ Apoiar/Ent☐ UTI☐ Esterno

Interconferência:

☒ NÃO☐ SIM

Descrever:

- Nega alergia

- Nega comorbidades

- jejum 6h

- Rb cephalone e clonazepam

na emergência

Assinatura do Anestesiologista

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFF

IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: Susana Fátima de Siqueira Data: 03/08/18 Registro: 39183
Convênio: SUS Leito: 402-02 Hora: 14:31

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. Canêlo 1º auxiliar: Dr. Francisco
Anestesista: Dr. Márcio Instrumentador: Karina
Circulante: Raquel

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
Lap	31.07.18 01	HDH bONE black AVS 10.08.18 02
Lapote r	31.07.18 01	HDH bONE black G 29.07.18 02
Burho r	31.10.182305	03.03.182810 29.10.182797
Caixa 3.5 Bronus	29.06.18 02	HDH bONE black AVS 31.07.18 02
Ricoldinho	29.09.182567	HDH bONE black G 29.07.18 02
Menor ortopedia	29.09.182567	07.03.182390 29.10.182799
Motor brace	29.07.18 02	MOTOR BROCA SN FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO FERNA CHE LOTE: 259926 PLASMA EST: 30/07/2018 VAL: 30/07/2019 LAIS PASCHOAL COREN/PE 541.126 WWW.EHRASTER.COM.BR
Luxota	29.07.18 02	24.07.18 02
Smack 10 em r	29.10.182303	29.10.182761
Ataduro 10cm M	24.07.18 02	HDH bONE black MFS 31.07.18 01
	29.10.182761	HDH bONE black FG 29.07.18 02
	HDH bONE black GSE 29.07.18 01	07.03.182385 29.07.18 02
	06.08.182381	HDH bONE black FG 05.08.182793
	HDH bONE black MCO 29.07.18 02	HDH bONE black MCO 29.07.18 02
	05.08.182795	29.10.182799 05.08.182795

COMPRADO DA PREVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Nome: Wilson Féliz Pequeno

Registro: 271136

Leito: 12

Procedimento cirúrgico: extirpação de ASD

Data: 25/02/18

Hora: 18h

DIAGNÓSTICO

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

HORÁRIOS

1. Ansiedade ()

- () Encorajar verbalização dos sentimentos e medos
() Proporcionar apoio emocional
() Dar informação ao paciente e familiares
() Outros

2. Ventilação prejudicada ()

- () Manter decúbito elevado
() Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário
() Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz
() Manter o paciente em posição de Fowler
() Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR
() Instalar () Manter () Anotar oximetria de pulso
() Outros

3. Padrão de eliminação urinária

() Diminuído () Aumentado

- () Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ____/____h
() Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen)
() Colocar o paciente em posição de Fowler
() Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição
() Registrar () Dor ao urinar
() Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea
() outros

4. Dor ()

Local: DO

() Leve () Moderada () Severa

- () Verificar qual posição adequada do paciente
() avaliar a localização e a intensidade da dor
() Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação
() Identificar fatores desencadeantes da dor
() Registrar características e intensidades da dor
() outros

5. Integridade tissular prejudicada ()

- () Descrever características da lesão
() Realizar curativo a cada ____/____h
() Realizar mudança de decúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação
() Medir débito de dreno de ____/____h
() Manter curativo oclusivo por ____h
() Outros

6. Sangramento ()

Local: DO

() Leve () Moderada () Severo

- () Aferir pressão arterial de ____/____min
() Manter elevado: ____
() Realizar curativo oclusivo
() Outros

7. Imobilidade no leito prejudicada ()

- () Pinçar dreno ao manusear o paciente
() Avaliar mobilização de dreno (tracionado)
() Manter repouso no leito em posição: ____

COD. 38605

COMPRESSA DE PREVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

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

G - Sonda Nasogástrica

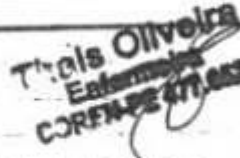
PA - Pressão Arterial

FC: Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso Enteral

HGT - Hemoglicoteste

AVP - Acesso Venoso Periférico

 Tereza Oliveira Enfermeira CRF nº 477.052 ENFERMEIRO(A) - D -	ENFERMEIRO(A) - N -	TÉC. EM ENFERMAGEM - D -	TÉC. EM ENFERMAGEM - N -

ASSINATURA E CARIMBO

ASSINATURA E CARIMBO


 COMPREHENSIVA E PREVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

PROTOCOLO
 AGÊNCIA RECIFE



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: 01

Nome: INACON FELIX data: 25/01/18 Hora: 01:30 Registro: 39183
Leito de origem: _____

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: 8º Lig. Ental. / Luxação do Cotovelo (D)
Tipo de anestesia: Blotagem + Intubação
Equipe: Dr. Edmarcio Dutra Anestesista: Dr. Ana Lucine

3. Admissão

Estado geral: () Bom (X) Regular () Torporoso () Grave
Respiração: (X) Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () SVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não (X) Sim Onde: MSE
Acesso Venoso Central: (X) Não () Sim Onde: _____
Drenos: (X) não () sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 121 x 77 mmHg FR: — p/min FC: 62 p/min SaPO2: 97%
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	<u>125/78</u>	<u>123/77</u>	<u>114/69</u>	<u>119/65</u>	<u>131/67</u>	<u>121/60</u>
FR	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>
FC	<u>65</u>	<u>66</u>	<u>64</u>	<u>64</u>	<u>61</u>	<u>67</u>
SaPO2	<u>98%</u>	<u>99%</u>	<u>96%</u>	<u>96%</u>	<u>98%</u>	<u>100%</u>
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

COMPREV
COMPREV: INDICADA PREVIDÊNCIA S/A

6. Alta da SRPA

11 JAN 2019

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

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

Data: 25/01/18 Horário: 14:00 Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico: Mo

PACIENTE: <u>Inson Kelly de Siqueira</u>		DATA: <u>25/01/18</u>	
CIRURGIÃO: <u>Dr. Eduardo Almeida</u>		RG: <u>39183</u>	
ANESTESISTA: <u>Dr. Ana Lucia</u>		AUXILIAR: <u>Eng. de Mayo + Sedação</u>	
CIRURGIÃO: <u>Dr. Eduardo Almeida</u>		ANESTESIA: <u>Eng. de Mayo + Sedação</u>	
ESTRUMENTADOR: <u>Deise</u>		COORDENAÇÃO DO BLOCO: <u>43206</u>	
CIRCULANTE: <u>Guilherme</u>		COREN: <u>43206</u>	
ENFERMEIRA: <u>Isabelle</u>		HORÁRIO FINAL: <u>01:20</u>	
HORÁRIO INICIAL: <u>00:50</u>			

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
AGULHAS			
13X4,5	25X7	25X8	40X12
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27
ATADURAS			
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM	
CANULAS			
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
TRAQUEOST 9,0			
CATETER			
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 18	SUBCLAVIA 18
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			
B5. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA PI VIDEO	
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXÃO 2VIAS	CONEXÃO 4VIAS
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GAZES	GELFOAN
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
DRENOS			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	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	ACO 1	ACO 4	ACO 6

CÓD. 38407

COMPREV
COMPRESSÃO E PREVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Scanned with CamScanner

HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA

Data: ____/____/____

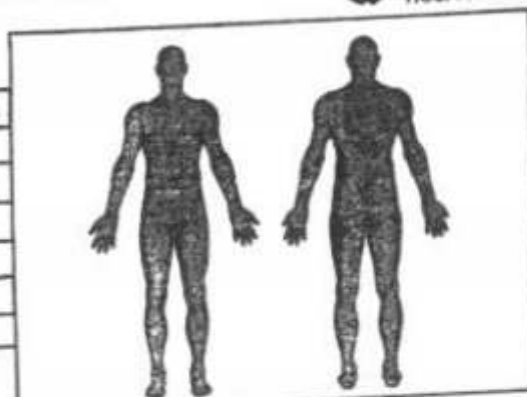
Hora: ____:____

CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome:	Jelson Felix de Siqueira
Data de Nascimento:	11/11/83
Sector:	TRAU
Registro:	39183
Leito:	2022

SINAIS VITAIS	
PA:	T:
HGT:	
Observação:	



ENTREVISTA	
HIPERTENSO:	SIM () NÃO (✓)
DIABÉTICO:	SIM () NÃO (✓)
HÁBITOS:	TABAGISTA: SIM () NÃO (✓) Há quantos anos: Qtd/dia: ETILISTA: SIM () NÃO (✓) Há quantos anos: Qtd/dia:

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

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

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE	
JEJUM:	SIM (✓) NÃO () À partir do dia: 31/01/18 às 2h Observação:
HIGIENIZAÇÃO:	SIM (✓) NÃO () Observação:
TRICOTOMIA:	SIM () NÃO (✓) Observação:
RETIRADO ADORNOS:	SIM (✓) NÃO () RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA: SIM () NÃO ()
CIRURGIAS ANTERIORES:	SIM (✓) Quais/Datas: MSD e E MIE
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE:	SIM (✓) Quais/Datas: MSD MSB
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:	SIM (✓) Observação: LATERALIDADE: SIM () NÃO ()
Enfermeiro Responsável: Ponce VAS	

(Assinar e Carimbar)

COMPREENSÃO E PREVIDÊNCIA S/A

CÓD. 38404

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Scanned with CamScanner

HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA

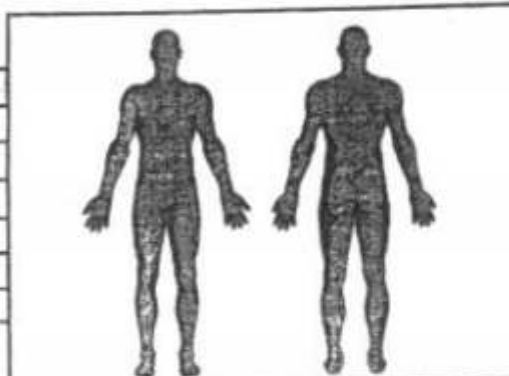
Data: 29/02/18

CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

Hora: _____

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome: <u>FILSON FÁLIX DA SILVA</u>	
Data de Nascimento: <u>04/03/74</u>	Registro: <u>39183</u>
Setor: <u>TRO</u>	Leito: <u>402-02</u>



SINAIS VITAIS		
PA: <u>120x40</u>	T: <u>36.1</u>	HGT: <u>85</u>
Observação: _____		

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

EXAMES SOLICITADOS			
IMAGEM: RX ()	TAC c/ Contraste ()	USG ()	ECO ()
TAC s/ Contraste (X)		RNM ()	CATE ()
LABORATORIAL: _____		SIM () NÃO ()	
Observação: _____			
PARECER CARDIOLÓGICO:	SIM ()	NÃO (X)	Risco Cirúrgico: _____
RESERVA DE HEMODERIVADOS:	SIM ()	NÃO ()	GRUPO SANGÜÍNEO: _____
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: <u>29/02</u> às <u>18</u> : 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 () NÃO ()
	NÃO ()		Observação: _____

Enfermeiro Responsável: _____

(Assinar e Carimbar)

Renato Borges Soares
RNP-PE 38701-ENF

COMPREENDI E PREVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA REGISTRO

CÓD. 38404



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 447550

Senha da Classificação:

0063

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

Paciente: 39183 IVSON FELIX DE SIQUEIRA

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 07/03/1974 Idade: 44 anos

Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: JOSEFA MANOEL FELIX

Nome do Pai: ANTONIO DE SIQUEIRA

CRM: 17726

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

Endereço: RUA 11

173

Bairro: BARRA DE JANGADA

Cidade/UF: JABOATAO DOS GUARARAPE PE

Usuário Atendimento: ANDERSONFMS

RG (Identidade): 41005411

SSP

Data de Emissão:

Fone: 8184216692

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 03278237471

Data de Emissão CRN:

Cartão SUS: 898003901989635

ACIETE SEM RG, SEM TELEFONE PARA CONTATO

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Doença viral, dor de cabeça, febre, tosse, dor no peito, dificuldade para respirar.

Exame Físico

Doença, deformidade
Garganta = 15

Hipótese Diagnóstico

Doença viral, dor de cabeça

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

ATENDIDO
Cefalosporina 2G + AD + AD
Dipirona + AD + AD
Bloqueio Cefalosporina
VAT SAT > 1 tuba 2m Profundo
SAT > 23:10

Dr. Antonio Luis Silva
Médico
CRM 21534

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE: _____
LEITO DO PACIENTE: _____

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Informações Gerais

visão de Cirurgia : 37273 Sala : 0003 SALA 03
Paciente : 39183 IVSON FELIX DE SIQUEIRA Atendimento : 447552
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 704 402 - 02 - LT TRAUMA Idade : 44 Anos
Dt. Início : 01/08/2018 18:00 Dt. Fim : 01/08/2018 18:41
Pré-Operatório :
Pós-Operatório :

Procedimentos

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

Equipe Médica

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

Descrição

Descrição Cirúrgica :

- DESCRIÇÃO CIRÚRGICA
1. PACIENTE EM DECÚBITO VENTRAL EM MESA CIRÚRGICA
 2. ASSEPSIA + ANTI-SEPSIA + GARROTEAMENTO E ESVAZIAMENTO DE MSD
 3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
 4. INCISÃO EM REGIÃO POSTERIOR AO COTOVELO DIREITO
 5. DISSECCÃO 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

Jr. Leonardo Camarotti
Ortopedia - Traumatologia
CRM 13783 - TEOT 11153

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

COMPREV
CAMPUS DE PREVIDÊNCIA S/A
11 JAN 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Plano Uniao Hospital Camara
Eclange Ltda
Faturamento / SAME
07/08/2018

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

Anderson Ary Dias
Ortopedista e Traumatologista
CRM 21731

Recife, 24 de Julho de 2018

ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA SILVA
CRM: 21731

COMPREV
COMPREV UNAS E PREVIDENCIA S/A
11 JAN 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

1. Aviso 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 :

FRATURA EXPOSTA DE OLECRANO > 06 H

PROGNOSTICO RUIM, ALTA CHANCE DE INFECCAO, AGUARDA SEGUNTO TEMPO PARA FIXACAO

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

AGUARDA SEGUNDO TEMPO PARA FIXACAO DEVIDO A ALTA CHANCE DE INFECCAO NESTE TEMPO

achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

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

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

Atividade Cirúrgica
Sistema de
Faturamento S/A
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

Período: 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 XBICICLETA, 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

Nome: Wilson Felix de Aguiar
Procedimento Cirúrgico: Frot. rep. art. do joelho

Registro: 39183

Data: 24/04/18

Leito:

Hora:

HORÁRIOS

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
1. Ansiedade	<input checked="" type="checkbox"/> Encorajar verbalização dos sentimentos e medos <input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar apoio emocional <input checked="" type="checkbox"/> Dar informação ao paciente e familiares <input type="checkbox"/> Outros	
2. Ventilação prejudicada ()	<input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado <input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas superiores de ___/___h <input type="checkbox"/> Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz <input type="checkbox"/> Manter o paciente em posição de fowler <input type="checkbox"/> Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR <input type="checkbox"/> Instalar () manter () Anotar oximetria de pulso <input type="checkbox"/> Outros	
3. Padrão de eliminação urinária () Diminuído () Aumentado	<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ___/___h <input type="checkbox"/> Estimular eliminação por meios físicos (ligar 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 <input type="checkbox"/> Outros	
4. Dor () Local: ___ () Leve () Moderada () Severa	<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	
5. Integridade tissular prejudicada ()	<input checked="" type="checkbox"/> Descrever características da lesão <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo de ___/___h <input checked="" type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito de ___/___h <input type="checkbox"/> Medir decúbito de dreno de ___/___h <input checked="" type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por ___h <input type="checkbox"/> Outros	
6. Sangramento () Local: ___ () Leve () Moderado () Severo	<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de ___/___h <input type="checkbox"/> Manter decúbito: ___ <input type="checkbox"/> Realizar curativo compressivo <input type="checkbox"/> Outros	
7. Imobilidade no leito prejudicada ()	<input type="checkbox"/> Pinçar dreno ao transportar paciente <input type="checkbox"/> Avaliar mobilização do dreno (Tracionado) <input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição: ___ <input type="checkbox"/> Outros	

COMPREV
COMPRESSÃO E PREVIDÊNCIA S/A
ENFERMAGEM
11 JAN 2018
PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
8. Desidratação ()	<input checked="" type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese a cada ___/___ 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 ___/___ 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 ___/___ 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 -	Isabelle R. Barbosa Enfermeira COREN - PE 355.622	TEC. EM ENFERMAGEM - D -	Shelly 214091
ASSINATURA E CARIMBO	ASSINATURA E CARIMBO	ASSINATURA E CARIMBO	ASSINATURA E CARIMBO
11 JAN 2019			
PROTOCOLO AGÊNCIA RECIFE			

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 447552

Data e Hora do Atendimento: 24/07/2018 23:43

Usuário do Atendimento: ANDERSON FMS

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: IVSON FELIX DE SIQUEIRA

Prontuário: 39183

Nome da Mãe: JOSEFA MANOEL FELIX

Nome do Pai: ANTONIO DE SIQUEIRA

Data do Nascimento: 07/03/1974

Idade: 44 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: CASADO

RG: 41005411

SSP

Data Emissão:

CPF: 03278237471

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) INCOMPLETO

Carteira Nacional SUS: 898003901989635

Ocupação Habitual: SERVENTE

Endereço: RUA 11

173

BARRA DE JANGADA

Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES

PE

CEP: 54495220

Fone: 8184216692

DADOS DO ATENDIMENTO

Urgência: UPA IMBIRIBEIRA

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: BLOCO CIRURGICO - RPA

Leito: BL-1 A

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 24/07/2018

Assinatura e R.G. do Responsável:

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta:

Diagnóstico:

Procedimento:

Alta em:

Hora:

Médico e C.R.M.:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G.:

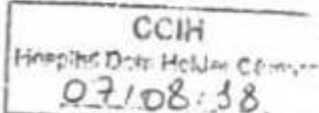
Dr. Brando Poltro
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 24693

HCH-Hospital Dom Helder Câmara
Moana...
Arquiteto
SAME/Paralelismo

HCH-Hospital Dom Helder Câmara
Solange Lyra
Faturamento/SAME
07 AGO. 2018



COMPREV - RUA DA PREVIDÊNCIA S/A
11 JAN 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



CCIH
Hospital Dom Helder Câmara
07/08/18

Nome: <u>Tyson Felix Siqueira</u>		Registro: <u>39183</u>	Leito: _____
Procedimento cirúrgico: <u>POT Ho. elun. frnt. cot. Data 01/08/18</u>		Data: <u>01/08/18</u>	Hora: _____
DIAGNÓSTICO <u>velo</u>		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
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>M</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	
5. Integridade tissular prejudicada <u>✓</u>		<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	
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	
7. Imobilidade no leito prejudicada ()		<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: _____	

COD. 38605

COMPRESA PREVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

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

G - Sonda Nasogástrica


PA - Pressão Arterial

FC: Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso Enterat

HGT - Hemoglicoteste

AVP - Acesso Venoso Periférico

 Rafaela Henriques 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: Luison Félix de Siqueira Registro: _____

Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora
 # Cirtopedi.
 - fechamos mais a (cirurgia)
 para as 10 DPO - aguardando
 resultados de exames
 e exames sobre plaq. sanguínea

05/07/18 Paciente em FPO de natureza de lesão em colonos 10,
 em EBO, consciente, orientado parado, hidratado,
 supino, aférril, boa aparência da dieta V.O,
 eliminação (+), medicado CR, realizada tomografia
 conforme pedido, segue sob cuidados de enfermagem
 aguardando aguento tempo cirúrgico

Colange-Lya
 Estomatológico / SAME

15 Oliveira
 Informar
 C-15/07/18

Atendimento Nutricional
 Data: 25/07/18 Hora: 13:00 hs
 Nutricionista Responsável
 Aline Polesi
 Nutricionista

Paciente ferido e classificado
 em NBN Primário.
 Segue sob acompanhamento
 nutricional.

COMPREV UNDA E PREVIDÊNCIA S/A

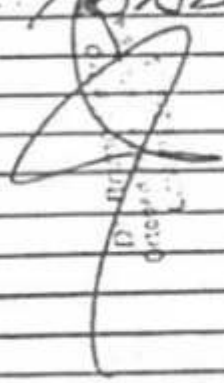
11 JAN 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ Registro: _____

Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
26/07/18	# Serviço Social # Realizada visita ao leito, entre- vista social, prestada orienta- ção sobre Seguro DPVAT e fluxo hospitalar.
27/07/18	# Delapédia # RT já apresenta no exame apresenta melhor de exame. Se houve possibilidade de fazer outro exame. EGR / ASD / Cole / Loper 


COMPREV - CDA E PREVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

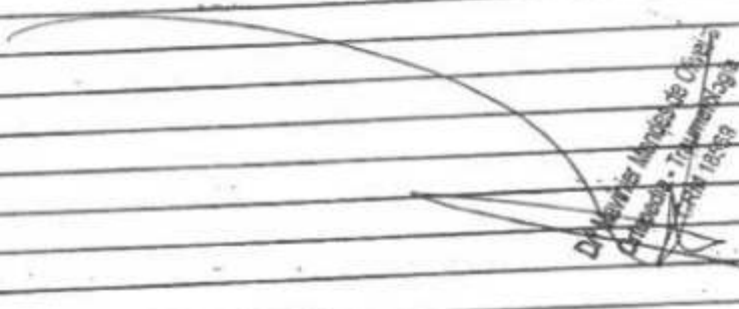
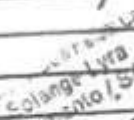
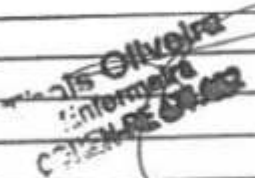
PROTOCOLO
AGÊNCIA REGISTRO

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Luison Félix de Siqueira Registro: _____

Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____

Data/Hora	
	# Cirtopedi.
	* ferimento aberto e doloroso na região do abdômen - secundária à ruptura de pericárdio + desconhecido sobre plano bloqueado
	
05/04/18	Paciente em F.D.P.O. de natureza de lesão em cotovelo + em E.G.B., consciente, orientado para o tempo, localidade, suplexo, afilente, boa aparência da pele V.O. hemodinâmica (+), medicado C.R., realizada tomografia conforme pedido, segue sob cuidados de enfermagem observando-se quanto tempo cirúrgico
	 Colange Lya Faturamento / SAME
	 Oliveira Informática C-15/04/18
Atendimento Nutricional	Paciente tratado e classificado
Data: 25/03/18 Hora: 13:00 h	em N.N.V. Primário.
Nutricionista Responsável	Segue sob acompanhamento
Aline Polesi	nutricional.
Nutricionista	

COMPENSAÇÃO E PREVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ Registro: _____

Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
26/07/18	# Serviço Social # Realizada visita ao leito, entre- vista social, prestada orienta- ção sobre Seguro DPVAT e fluxo hospitalar.
27/07/18	# Delexia # Ref já exposto no exame apresentando melhor do exame. Se houve necessidade de fazer outro exame. E.G.R. M.A.D. Costa Torres

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Imen Felix de Siqueira Data: 01/08/18 Hora: 14:40 Registro: 39183
Código: 505 Letra: 402-02 Sexo: — Altura: —

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Carlos Anestesiologista: Dr. Marcelo
Auxiliar: Dr. Francisco 2º Auxiliar: — Instrumentador: Karina

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Prost. Pl. Prostética de Potência ⑤ Início: 15:25 Término: 16:45
Anestesia: Brachial Início: 15:25 Término: 16:45

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

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

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

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

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso () Monitor Cardíaco () PHI () Bomba CEC () Aspirador ()
Colchão Térmico () Bisturi Ultrassônico () Artoscópio () Microscópio () Capnógrafo ()
Bisturi Elétrico () Local de Placa ()
Carro de Anestesia () Difusor () Intenificador ()
Ap. Vídeo () Bomba de Infusão ()
Oxigênio () Início () Término ()
Protetor () Início () Término ()
Gás Carbônico () Início () Término ()
Outros: —

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Câmbula Orotraqueal: Sim () Não ()
Sonda Vesical de Demora: Sim () Não ()
Drenagem (Tipo e Local): Sim () Não ()
Cureta (Tipo e Local): Sim () Não ()

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: — CIRURGIA: —

6 - OBSERVAÇÕES: Carrete de 15:25 até 16:40

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

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

Data: 01/08/18 Hora: — Enfermeiro: Regina Circulante: —

COMPREV - UNO E PREVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

CÓD. 38607



HOSPITAL
DOM HELDER



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: 01

Nome: Uson Felix de Saunira data: 01/08/18 Hora: 16:50 Registro: 337436

Leito de origem: 402-D2

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Wingulo FRT Intestinal D.
Tipo de anestesia: Bloq. Plexo Braquial
Equipe: M^o Leonardo Lamejo Anestesista: M^o Marcelo

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: 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>	
FR	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	
FC	<u>89</u>	<u>62</u>	<u>62</u>	<u>60</u>	<u>58</u>	
SaPO2	<u>97%</u>	<u>98%</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: 01/09/18 Horário: 19:20 Responsável pelo encaminhamento: Dr^o Graça Couto

Alta da SRPA pelo médico: _____





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

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

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: 447552

Leito: 704

DI Cad: 30/09/2012

DI Nasc: 07/03/1974

Bairro: BARRA DE JANGADA

Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES

CNS: 898003901989635

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

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

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

- ☒ Não
- ☐ Sim e há equipamento disponível

Há risco de perda sanguínea > 500ml (7mL/kg em crianças)?

- ☐ Não
- ☐ Sim e há equipamento disponível

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- ☐ Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
- ☐ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam
- Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- ☐ Sim
- ☐ Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

- ☒ Sim *RX*
- ☐ Não se aplica

- Antecipação de eventos críticos:
- ☐ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? *Sim*
- Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? *± 1h30min*
- ☐ Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente? *Não*
- ☐ Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? *Sim*

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- ☐ Nome do procedimento realizado *H. cirúrg. Fnat + extorção*
- ☐ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica) *Sim*
- ☐ Biópsias estão identificadas com o nome do paciente *N/A*
- ☐ Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido *Não*
- ☐ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente *Sim*

COMPREV 100% E PREVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

RH
Rafaela Henrique
Enfermeira
COREN-PE 345.127

HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARAGESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

FICHA DE ANESTESIA

Data

01.08.18

Acomodação

SALA

Paciente

IVISON, FELIX DE SIQUEIRA

Sexo

MASC

Cor

B

Idade

44A

Risco

BAIXO

CRM

Nome do Anestesiologista

Nome do Cirurgião

Medicação Pré-anestésica

Urgência

NÃO

SIM

Cirurgia

T^{to} cirúrgico de fúrcula do cotovelo DIREITO

39183

Horário

12:00

16:00

17:00

N₂O

Líquidos

aO₂ETCO₂

ECG

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

Anestésicos

Drogas Usadas

Quantidade

- vitc. 1.0g
 - Midazolam 6mg
 - Fentanyl 100mcg
 - Lin 2/3 / ADZ 200mcg
 - Propofol 200mcg
 - Dipriona 2.0g

Técnica Anestésica

BLOQUEIO DE BLOCO
 BRACHIAL POR VIA
 SUPRACLAVICULAR
 + AXILAR.

O₂ SOB CATETER
 NASAL

Monitorização

BIS

☒ Cardíaco☐ Temperatura☒ Oxímetro☐ Swan-Ganz☒ PnI☐ Analisador Gases☐ Sonda Vesical☐ PVC☐ Capnógrafo☐ Estimulador de Nervo☐ Elet. Pré-Cordial☐ Linha Arterial☐ Outros☐ Volemia IEP Plus

Encaminhado

☒ Acordado☐ Sonolento☐ Intubado

Destino

☐ SRPA☐ Apart. Ent.☐ UTI☐ Externo

Interoferência:

☒ NÃO☐ SIM

Descrever:

Observações: NEGA ALERGIAS

NEGA COMORBIDADES

EM JEJUM.

EXAMES CHEMIST

Assinatura do Anestesiologista

Mariane Torgora

7817

COMPROMISSO E PREVIDÊNCIA SIA

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA REGISTRO

Scanned with CamScanner

MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

PACIENTE:	Sra. Felix de Siqueira		DATA:	01/08/18
CIRURGIÃO:	Dr. Lúcio		RG:	39183
ANESTESISTA:	Dr. Roberto		AUXILIAR:	Dr. Francisco
CIRURGIÃO:	Dr. Lúcio		ANESTESIA:	Algodão
ESTRUMENTADOR:	Karlina		COORDENAÇÃO DO BLOCO:	Ruano
CIRCULANTE:	Rafael		COREN:	979.550
ENFERMEIRA:	Rafaela		HORÁRIO INICIAL:	
			HORÁRIO FINAL:	

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

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA (3)			
DRENOS			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCCÃO 3,2	SUCCÃO 4,8	SUCCÃO 6,4
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 25
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 PIOSSO	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	ACO 1	ACO 4	ACO 6

CÓD. 38407

IMPREV
COMPANHIA DE PREVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora
02/08/19
Serviço Social # Realizada visita ao leito, prestação de orientações por alta.
SOLANGE LYRA Faturamento / SAME Em _____
MARCELO PEREIRA ASSISTENTE SOCIAL ALTA AND SUELEN CREST- LUBA

OMPRESA DE PREVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ Registro: _____

Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
28/07/18	Hemofilia At.: fuma e bebe para esse caso. Suspende para o Sochegny de 10% do equipe de trabalho? Blogs Bloquados?
	psicologia - deu ante visita a enfermagem, mas encaminhou o pet no lixo.
	Mª Cássia Guerra Psicóloga - 12946 ATENÇÃO - TO: Data: 28/07/18 Hora: 14:00
	Solange Lera Faturamento / SAITE Em:
02/08/18	F. Oatoputi H Pet já encaminhado para análise p/ Dts Hospital
	Daltro Patologia 2018

1776 F PREVIDENCIA S/A

11 JAN 2019

PROTOCOLO
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

Tempo

89760955 - 27/07/2018 - 11,9 |

Atividade de Protrombina

89760955 - 27/07/2018 - 78 |

INR

Material: PLASMA

12,4 seg.

72 %

1,17

Valor de Referência:

De 10,4 a 12,6 seg.

Atividade: Superior a 70%

INR: Até 1,2

Método: AUTOMAÇÃO - COAGULOMÉTRICO

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

URÉIA

Resultado

24 mg/dL

Valor de Referência:

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. CLARISSA MOREIRA CARVALHO
BIOMÉDICA
CRM: 4009

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

Exames Assinados Eletronicamente

"Módulo 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 Távares 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: 3/3

COMPREV
COMPANHIA DE PREVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

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 - INCLUIDOS Prontuario: 39183 Cód.SUS: Local de Entrega:
T1-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 1,13 mg/dL

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

Material: SORO

Método: PICRATO ALCALINO CINETICO

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

PROTEÍNA C REATIVA

Resultado
132,0 mg/L

Valor de Referência:
Até 5,0 mg/L

93760955 - 27/07/2018 - 13,4 |

Material: SORO

Método: ELIMINATÓRIO TURBIDIMETRIA

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 |

Material: SORO

Método: ION SELETIVO

DRA. CLARISSA 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 Moura, 57 Peixinhos 53230-290 Olinda - PE - Responsável Técnico: DR. LUCIANO ALMEIDA CRM/PE:5325

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

PROVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

PROTOCOLO
CONVÊNIO DECIFE

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:
T1-TRAUMA I
Coleta: 30/07/2018 12:46:00

Data de Nascimento: 07/03/1974

HEMOGRAMA

Resultado Atual	Resultados Anteriores				Valor de Referência	
	Laudo Evolutivo				Homens	Mulheres
	89760955 27/07/2018					
ERITROGRAMA						
Hemácias	3,88 $10^9/\mu\text{L}$	4,18	—	—	4,4 - 5,9	4,0 - 5,4 $10^9/\mu\text{L}$
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	945	—	—	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 Colégio Americano de Patologistas que orienta que neutrófilos bastonetes estão presentes em até 5 a 10% dos hemogramas normais, foi padronizada pelo Laboratório Cientificalab 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

HEMOSEDIMENTAÇÃO (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 WESTERGRÉN

DRA. CLÁUDIA MOREIRA CARVALHO
BIOMÉDICA
CRM: 8608

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

COMPRESSE PREVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DE PERNAMBUCO
IDENTIDADE DE ADVOGADA

NOME
 STEPHANNY PRISCILA DE OLIVEIRA SILVA

FILIAÇÃO
 GILDO SILVA
 EVANDI OLIVEIRA SILVA SOUZA

NACIONALIDADE
 CARUARU-PE

DATA DE NASCIMENTO
 16/08/1988

RG
 7922272 - SDS/PE

CPF
 082.383.824-88

PROVA DE ENDEREÇO E TITULO
 NÃO DECLARADO

DATA DE EXPIRAÇÃO
 01/27/12/2016

ASSINATURA DO TITULAR
 ROMMÉ PRUDENÇAS OLIVEIRA

RESERVAÇÃO

TEM FE PUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 13782349

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
 (Art. 13 da Lei nº 8.966/94)

ASSINATURA DO TITULAR
 Stephanny Oliveira

RESERVAÇÃO

COMPREV
 COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

PROTOCOLO
 AGÊNCIA RECIFE

**AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATIV
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN
TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VEÍCULO, PARA:**

VALOR R\$ 3.000,00

NOME DO COMPRADOR: IVSON FELIX DE

SILVEIRA

RG: 514333 CPF: 03278237473

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

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

Assinatura do comprador
ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDIDOR)

NOTAS
O comprador tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias após a data da compra, sob pena de multa de R\$ 100,00 (cem reais) e de suspensão do registro do veículo. O vendedor é responsável por entregar o veículo em boas condições e sem ônus.

DE ACORDO
O vendedor declara que o veículo vendido não possui nenhuma dívida com o DETRAN e que o mesmo está livre de quaisquer ônus.

3º CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTOS
Razão: pelo, por Autenticidade a firma de JOSAPHAT DOMINGOS DOS SANTOS Dou fe em 10/04/17 15:21:20 em testemunho da verdade, KATLEEN EDUARDA COUTINHO DE MELO - Escrevente.
Emol R\$ 3,00 TSMR R\$ 0,78 Total R\$ 3,78 Selo Digital 0074914.M804201701.00065. Consulte a autenticidade em www.tjpe.jus.br/calculadigital.

2º CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTOS
Razão: pelo, por Autenticidade a firma de IVSON FELIX DE SILVEIRA Dou fe em 10/04/17 15:21:21 em testemunho da verdade, KATLEEN EDUARDA COUTINHO DE MELO - Escrevente.
Emol R\$ 3,00 TSMR R\$ 0,78 Total R\$ 3,78 Selo Digital 0074914.FPM04201701.00065. Consulte a autenticidade em www.tjpe.jus.br/calculadigital.

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 012801580203

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO Nº 89457046018

1	487394061	*****
JOSAPHAT DOMINGOS DOS SANTOS R ENGENHO DIAMANTE 71 LOT. FLEXEIRA GOIANA-PE 55900-000		
353.783.544-00	28E3550	
TARCISIO OLIVEIRA DO NASCIMENTO		
*****	9C2KC1660CRS61915	
PAS /MOTOCICLETA	ALCO/GASO	
HONDA/CG 150 TITAN EX	2012 2012	
2P/149CL	PARTIC	PRETA
20164224		
SEM RESERVA		

GOIANA-PE 14/09/16

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, DO POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO. SEGURO DPVAT

PE Nº 010441835640 BILHETE DE SEGURO DPVAT

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT. EXERCÍCIO
ELE NAO E DE PORTE OBRIGATORIO. 2012

CPF / CNPJ
032.782.374-71

PLACA

FFP9327

IVISON FELIX DE SIQUEIRA

RUA SETS 173

CASA CAJUEIRO SECO

JAB GUARARAPES-PE

54030-070

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PE Nº 010441835640

EXERCÍCIO

DATA EMISSÃO

2012

16/04/13

VIA

CPF / CNPJ

PLACA

1

032.782.374-71

FFP9327

RENAVAM

MARCA / MODELO

337034664

I/SHINERAY XY 150 GY

ANO FAB.

CAT. TARIF.

Nº CHASSI

2011

09

LXYJCKL03C0301547

PRÊMIO TARIFÁRIO

PNS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IGF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

SEGURO PAGO

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.

FFP9327

COD. RENAVAM

337034664

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

PROTOCOLO

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 OLECRANO 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 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, ressarcimentos, 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



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.

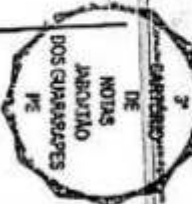
Poderes: Da cláusula "AD JUDICIA", para o Foro em geral, representá-lo junto a Repartições Públicas Federais, Estaduais e Municipais, Secretaria da Receita Federal, Cartórios, INSS, Varas de Família, Instâncias, Tribunais e Juizados, audiências, receber citações, notificações e intimações, requerer, 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, ressarcimentos, 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.

3º Ofício Jaboatão

IVSON FELIX DE SIQUEIRA



3º CARTÓRIO DE NOTAS DO JABOATÃO

Reconheço por Autenticidade a firma IVSON FELIX DE SIQUEIRA, 31/01/2019 15:42:24 e deu fe. Em 1ml. da verdade.

RAPHAELA NUNES DE A. SILVA - Escrevente Autorizada Enrol. RS 3.51, TSSR RS 0.80, FENC RS 0.40, ISS RS 0.08, TEND RS 4.79. Selo Digital: 015058855N01201904.000500

DE NOTAS DO JABOATÃO DOS GUARARAPES PE

3º

3º CARTÓRIO DE NOTAS DO JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE - CNJ 16460-380 TEL: (81) 3441-0771

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0013316/19

Vítima: IVSON FELIX DE SIQUEIRA

CPF: 032.782.374-71

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 24/07/2018

Titular do CPF: IVSON FELIX DE SIQUEIRA

CPF de: Próprio

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

STEPHANNY PRISCILA DE OLIVEIRA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA