
Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200137412

Vítima: JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

Data do Acidente: 03/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200137412

Vítima: JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

Data do Acidente: 03/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200137412

Vítima: JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

Data do Acidente: 03/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003015

Conta: 0000046842-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Declaração sob juramento de veracidade

☐ DADOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ ACIDENTE

2 - Nº do sinistro ou AS:

3 - CPF da vítima:

037.717.784-92

4 - Nome completo da vítima:

José Carlos Dutra da Silva

RESTITUIÇÃO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUPLENTE Nº 006/2012

5 - Nome completo:

José Carlos Dutra da Silva

6 - CPF:

037.717.784-92

7 - Profissão:

mataguius

8 - Endereço:

Rua Da Campo

9 - Número:

11

10 - Complementar:

11 - Bairro:

Guaranapuru

12 - Cidade:

Jaboatão

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

54525-171

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

(81) 98488-7131

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CUIDADOR PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR)

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☒ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - BOMBS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CUIDADOR/TUTOR)

☒ CONTA POSSESSORA (destinada para os bancos eletrônicos. Anote uma cópia)

☐ Banco do Brasil (BB)

☐ Caixa (CA)

☐ Banco do Brasil (BB)

☒ Caixa Econômica Federal (CEF)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3015

(informar o dígito da agência)

CONTA:

00046542

(informar o dígito da conta)

AGÊNCIA:

(informar o dígito da agência)

CONTA:

(informar o dígito da conta)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUTORIA DO LAUDO DO IML - PRESENCIALMENTE BOBINTE PARA CANCELAMENTO DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas de Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚRSOS BENEFICIÁRIOS - PRESENCIALMENTE BOBINTE PARA CANCELAMENTO DE INVALIDEZ PERMANENTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Se a vítima deixou companheiro(a):

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☒ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☒ Não

29 - Se tenha filhos, informar Vivos:

30 - Vítima deixou herdeiros?

☐ Sim ☒ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☒ Não

32 - Se tenha irmãos, informar Vivos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☒ Não

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

34

35 - Nome legal de quem assina o pedido (a rgo)

36 - CPF legal de quem assina o pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

06/07/2020 de fevereiro de 2020

JOSÉ CARLOS DUTRA DA SILVA

41 - Assinatura de vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPATRI - DELEGACIA DE POLÍCIA DE DELITOS DE TRÂNSITO - DPDT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E2093000137**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **12/06/2019** às **09:55**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **3/6/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **RUA CAPITAO ZUZINHA, 01 - Bairro: BOA VIAGEM -**
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
EDIVANIA DUTRA DA SILVA (OUTRO)
JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA**

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

JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: IVA MARIA DA SILVA Pat: ANTONIO DUTRA DA SILVA Data de Nascimento: 19/3/1981 Naturalidade: JOAO ALFREDO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6196210/SSP/PE (RG), 03771778492 (CPF), 03152079006 (CNH) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: REPOSITOR Telefones Celulares: 81994996280

Endereço Residencial: **RUA DO CAMPO, 41 - CEP: 55000-000 - Bairro: PRAZERES - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

EDIVANIA DUTRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **RUA DO CAMPO, 41 - CEP: 55000-000 - Bairro: PRAZERES - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): EDIVANIA DUTRA DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGX0346** (PERNAMBUCO/JABOATAO DOS GUARARAPES) Renavam: **115716790** Chassi: **9C2KC2200JR012979**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018** Combustível: **ALCO/GASOL**

20/06/2019

Boletim de Ocorrência

Complemento* / Observação

A VITIMA, INFORMA QUE ESTAVA PARADO NO SEMAFORO E AO DAR PARTIDA UM CICLISTA ATRAVESSOU EM SUA FRENTE, QUE AO FREAR E TENTAR LIVRAR O CICLISTA, A MOTOCICLETA DERRAPOU LEVANDO A VITIMA A CAIR, QUE FOI SOCORRIDO PELO PRIMO PARA A UPA DA IMBIRIBEIRA ONDE RECEBEU O ATENDIMENTO MEDICO CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO NUMERO 01238681 APRESENTADO NESTA DP. DIANTE DO FATO A VITIMA VEIO A ESTA DP REGISTRAR O BOLETIM DE OCORRENCIA, CASO AFETO A DELEGACIA DE BOA VIAGEM.

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

JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por:  KEIBER TOME GOMES - Matrícula: 350961-3

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Declaração sob juramento de veracidade

☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ ACIDENTE

2 - TP do sinistro ou AS:

3 - CPF da vítima:

037.717.784-92

4 - Nome completo da vítima:

José Carlos Dutra da Silva

RESENHA DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E NOTA DE NUNCA HIERIA DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUPR 10-016/2012

5 - Nome completo:

José Carlos Dutra da Silva

6 - CPF:

037.717.784-92

7 - Profissão:

mataguius

8 - Endereço:

Rua Da Campo

9 - Número:

11

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Guaranapés

12 - Cidade:

Jaboatão

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

54525-171

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

(81) 98488-7131

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CUIDADOR PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CUIDADOR)

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☒ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - BOMBS DANÇAROR:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CUIDADOR/TUTOR)

☒ CONTA POSSESSORA (somente para as contas abaixo. Anotar uma opção)

☐ Banco do Brasil (BB)

☐ Itaú (IT)

☐ Banco do Brasil (BB)

☒ Caixa Econômica Federal (CE)

☐ CONTA CORRENTE (todas as contas)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3015

043

CONTA:

00046542

0

AGÊNCIA:

CONTA:

0

(informar o dígito da conta)

(informar o dígito da conta)

(informar o dígito da conta)

(informar o dígito da conta)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUTORIA DO LAUDO DO IML - PREVENIMENTO SOMENTE PARA CANCELAMENTO DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas de Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREVENIMENTO SOMENTE PARA CANCELAMENTO DE INVALIDEZ PERMANENTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Se a vítima deixou companheiro(a):

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tenha filhos, informar Vivos:

30 - Vítima deixou herdeiros?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tenha irmãos, informar Vivos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legal de quem assina o pedido (a rgo)

36 - CPF legal de quem assina o pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

06/07/2020 de fevereiro de 2020

JOSÉ CARLOS DUTRA DA SILVA

41 - Assinatura de vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03015

CONTA: 000000046842-0

Nr. da Autenticação D93C37A57E1791D5



CYC REGISTRO PE FL3
JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA
R DO CAMPO 00041
GUARARAPES
54325-171 JABOATAO DOS GUARAR PE



Avenue van der Boelestraat 170, 1075 XZ Amsterdam, The Netherlands
e-mail: info@math.uva.nl or info@math.ru.nl

(81) 9.8488-7131

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50060-802
CNPJ 10.935.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 9005943-83



www.celpe.com.br

Tarifa Social da Energia Elétrica - Lei 10.438, de 25/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5589
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

OZIEL MARIANO DA SILVA
CPF: 388.866.394-82

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV PROF ADAMENOM MAGALHAES 473

VILA POPULAR/OLINDA
52330-013 OLINDA PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, prazos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

29/10/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

112,60

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

22/10/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO
22/10/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL
081961247

CONTA CONTRATO

000676751025

Nº DO CLIENTE
2890328031

Nº DA INSTALAÇÃO
0802132738

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

17BD.A414.1188.CFEC.01B9.9D18.34D3.02EC

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(Wh)	121,80	0,81089952	88,08
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,78
Acrescimo Bandeira VERMELHA			2,37
Contrib. Bom. Público Municipal			10,38
TOTAL DA FATURA			112,60

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS							
ICMS		PIS		COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%
162,34	25,00	25,58	162,34	1,20	1,95	162,34	5,95

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE		
Vencido	Di Reser	Valor
26/09/19	22/10/19	19,38

Esta comunicação NÃO substitui envio de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão de fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança recorrente de créditos definidos no Art. 52 da Resolução 454/2004. Podem ocorrer cortes de cobrança, bem como inclusão nos regimes de restrição de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(Wh)	6,34022008	OUT 19	121
		SET 19	35
		AGO 19	30
		JUL 19	35
		JUN 19	6
		MAY 19	9
		ABR 19	30
		MAR 19	248
		FEV 19	573
		JAN 19	467
		DEZ 18	136
		NOV 18	30
		OUT 18	30

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	IP	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000000142764743	CAT	19/09/2019 2.719,30	22/10/2019 2.839,30	23	1,8000	5,00	121,80

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 26/11/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	COLANTE	VALOR APURADO	MÉDIA DIÁRIA	MÉDIA TÓRRE	MÉDIA ANUAL
ago/2019					
DIC-Res. de força com Energia	SAO BENEDITO	0,90	4,15	9,81	19,87
RIC-Res. de força com Energia		0,90	1,17	4,38	15,79
DIC-Interrupção máxima da interrupção contínua		0,90	1,77	6,50	6,08
DIC-Interrupção de interrupção em dia crítico					
Linha DICR: 12,22					
CUID-Valor de Energia do Uso = R\$ 26,16					
Toda Consumidor deve enviar a aplicação dos indicadores DIC, RIC, DICC e CUID a seguir.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Prezados, no ponto mais perto de você há variedades: na Rio Grande do Sul | Jardim Brasil | e8800: av Joaquim Nabuco 329 | lista completa em www.celpe.com.br.
Na data de leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
"Unidade com impedimento à leitura do medidor sujeita à suspensão do fornecimento de energia. Res. ANEEL 414/10."
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Lei 414/ANEEL). Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.
Consumo Estimado - Local Fechado Ocupado Medidor/Display Interno.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DENTAGUE AGU

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000676751025	10/2019	112,60	29/10/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitores ótica.

636600000018 126000110000 676751025100 142422667535



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexsane Gomes Da Silva
inscrito (a) no CPF/CNPJ 028.466.664 / 58, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
José Carlos Dutra Da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 037.717.784 / 92
do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez da Vítima José Carlos Dutra Da Silva
inscrito (a) no CPF sob o Nº 037.717.784 / 92, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: Reclusa - me Renda: Reclusa - me 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>AV. Prof. Agamenon Magalhães</u>	Número: <u>473</u>	Complemento: <u></u>
Bairro: <u>Vila Popular</u>	Cidade: <u>Olinda</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u></u>	CEP: <u>53230-010</u>	Tel. (DDD): <u>(81) 98488-7131</u>

Local e Data: Olinda 28 de fevereiro de 2020

Alexsane Gomes da Silva
Assinatura do Declarante

Queixa Principal / História

PACIENTE RELATA QUEDA DE MOTO HOJE, EVOLUI COM DOR EM REGIAO DE PUNHO ESQUERDO E ESCORIAÇÕES EM MAO E JOELHO DIREITO, NEUROVASCULAR PRESERVADO.

Antecedentes

DM: ☐ SIM ☒ NÃO

HAS: ☐ SIM ☒ NÃO

Alergia: ☐ SIM ☒ NÃO

Medicamentos: ☐ SIM ☒ NÃO

Exame Físico

EG Bom:	Consciente	Orientado e Conversando	Hidratado
Nutrido	Corado	Acianótico	Anictérico
Eupnéico	Afebril	Sem Edemas	

ACV: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AR: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AD: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

SN: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADO

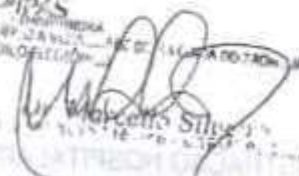
SGU: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

ORL: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

Pele: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AP. Locomotor: ☐ EDEMA ☐ DOR A MOVIMENTAÇÃO ☐ EQUIMOSE ☐ HEMATOMA ☐ DEFORMIDADE ÓSSEA
OUTROS:

ferições:	PAS	PAD	FR	FC	P (KG)	T	AIL (cm)	SAT O ₂
			16					


M. Marcello Silva
Médico

Prescrição.: 1740434 Data: 03/06/2019 21:25

Usuário.: JORGEFAS

Atendimento: 1238881 Dt Nasc: 19/03/1981 (38a 2m 22d)

Convênio.: SUS - AMBULATORIO

Paciente.: 225788 - JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

Peso.: Altura: Sup. Corpora:

Interação.: 03/06/2019 20:54 0 Dias(s) Int

Médico.: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unid. Int.: Leito.: Cobertura:

Cid.: M796 DOR EM MEMBRO Ciclo.: /

Diagnóstico:

Protocolo:

Classificação de Risco: URG

PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA - CRM - null - 24967

FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: URGENTE

Alergias: ABCIXIMAB, NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO MEDICA

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data/Horários
1 DAPIRONA SODICA SOL.INJ. 1G - 2ML	1	AMP		IV	Agora	03/06/2019 21:25
-> ESCALPE N. 21	1	UN				
-> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				
-> AGUA BIDEISTILADA SOL.INJ.	1	AMP				
10ML						
-> SERINGA DESCARTAVEL 10	1	UN				
CC S/ AGULHA						

JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA
CRM 24967

Dr. Marcelo Silva

MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

PACIENTE:	Dr. Carlos Alberto da Silva			DATA:	04/06/14
URGIA:	Dr. Eduardo Queiroz			RG:	1121165
TESTESISTA:	Dr. Debra			AUXILIAR:	
URGIA:	Dr. Natana de Rocio Ochoa			ANESTESIA:	Bloqueio + Sedação
TRUMENTADOR:	Ladiane			COORDENAÇÃO DO BLOCO:	Diana
RCULANTE:	Bella			COREN:	
FERMEIRA:	Ouka			HORARIO INICIAL:	11:00
				HORARIO FINAL:	17:10

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 01

AGULHAS			
13X4,5	25X7	25X8	40X12
TRIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27

ATADURAS			
REPE 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
EPIDURAL 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	80CM	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	

VENTAL CIRUR	BS. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/ VIDEO
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXÃO 2VIAS	CONEXÃO 4VIAS
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GAZES	GELFOAM
IT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 02

DRENOS			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCCAO 3,2	SUCCAO 4,8	SUCCAO 6,4
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36

SONDAS			
ENTERAL 10	ENTERAL 12		
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 CIRURGICOS			
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

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 04/06/2019 07:18:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

RG:

PESO:

IDADE: 38 Anos

SEXO: MASCULINO

ALTURA:

Data de Nascimento: 19/03/1981

PRESTADOR ASSISTENTE: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA

DATA DE ATENDIMENTO: 03/06/2019 20:54:56

ATENDIMENTO: 1238881

TEMPO DE PERMANÊNCIA: 1 Dia(s)

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: M796 - DOR EM MEMBRO

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: M796 - DOR EM MEMBRO

DIAGNÓSTICO DE ALTA: M796 - DOR EM MEMBRO

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA APÓS CONSULTA

PROCEDIMENTO DE ALTA:

JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA
CRM-8500

JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA
RG: 1238881
M796 - DOR EM MEMBRO
Dr. Marcello Silveira

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 503888

Data e Hora do Atendimento: 04/06/2019 01:09

Usuário do Atendimento: NEICYCCO

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

Prontuário: 117185

Nome da Mãe: IVA MARIA DA SILVA

Nome do Pai: ANTONIO DUTRA DA SILVA

Data do Nascimento: 19/03/1981

Idade: 38 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG: 8196210

SSP PE Data Emissão:

CPF: 03771778492

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade: JOAO ALFREDO

Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) COMPLETO

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: MOTORISTA

Endereço: RUA DO CAMPO

41 GUARARAPES

Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES

PE CEP: 54325171

Fone: 994996280

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: UPA IMBIRIBEIRA

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - CARDIO

Leito: LEITO 07

CH - Hospital Dom Helder Camara
Evangelista C. Dias de Souza
Atendimento/SAME

04 JUN 2019

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, 04/06/2019

Assinatura e R.G. do Responsável: JOSE CARLOS

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: Melhorado

Diagnóstico: Fratura de rádio distal E

Procedimento: Placa e parafusos

Alta em: 05/06/19 Hora: 14h

Médico e C.R.M.:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G.:

CH - Hospital Dom Helder Camara
Evangelista C. Dias de Souza
Atendimento/SAME

CH - Hospital Dom Helder Camara
Evangelista C. Dias de Souza
Atendimento/SAME



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: 08

Nome: José Carlos Dutra data: 04/06/19 Hora: 13:00 Registro: 117185
Leito de origem: _____

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Tto. patoma de nódulo distal
Tipo de anestesia: bloqueio de plexo
Equipe: Dr. Eduardo Anestesista: Dr. Debora

3. Admissão

Estado geral: () Bom (X) Regular () Torporoso () Grave^o
Respiração: (X) Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () SVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não (X) Sim Onde: _____
Acesso Venoso Central: (X) Não () Sim Onde: _____
Drenos: (X) Não () Sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 113 x 84 mmHg FR: — p/min FC: 95 p/min SaPO2: 100
Glasgow: —

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	<u>113 x 84</u>	<u>112 x 78</u>	<u>115 x 91</u>	<u>117 x 79</u>	<u>117 x 81</u>	
FR						
FC	<u>67</u>	<u>62</u>	<u>65</u>	<u>63</u>	<u>65</u>	
SaPO2	<u>94%</u>	<u>96%</u>	<u>96%</u>	<u>97%</u>	<u>97%</u>	
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: 110 x 70 FC: 59 FR: 6 SaPO2: 97 Glasgow: 10

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

Data: _____ Horário: _____ Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico: _____

Dr. Debora Spindler
Médica Anestesiologista
CPF: 032.880.880-11

Nome: <u>Jose Carlos de Brito da Silva</u>		Registro: <u>117185</u>	Leito: _____
Procedimento cirúrgico: _____		Data: <u>04/06/19</u>	Hora: _____
DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS	
1. Ansiedade ()	☒ Encorajar verbalização dos sentimentos e medos ☒ Proporcionar apoio emocional ☒ Dar informação ao paciente e familiares ☒ Outros _____		
2. Ventilação prejudicada ()	☒ Manter decúbito elevado ☒ Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário ☒ Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz ☒ Manter o paciente em posição de Fowler ☒ Anotar horário/valor de queda da saturação. FC e FR ☒ Instalar () Manter () Anotar oximetria de pulso ☒ Outros _____		
3. Padrão de eliminação urinária () Diminuído () Aumentado	☒ Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ____/____h ☒ Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen) ☒ Colocar o paciente em posição de Fowler ☒ Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição ☒ Registrar se: () Dor ao urinar ☒ Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea ☒ outros _____		
4. Dor () Local: <u>FO</u> () Leve () Moderada () Severa	☒ Verificar qual posição adequada do paciente ☒ avaliar a localização e a intensidade da dor ☒ Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação ☒ Identificar fatores desencadeantes da dor ☒ Registrar características e intensidades da dor ☒ outros _____		
5. Integridade tissular prejudicada ()	☒ Descrever características da lesão ☒ Realizar curativo a cada ____/____h ☒ Realizar mudança de deúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação ☒ Medir débito de dreno de ____/____h ☒ Manter curativo oclusivo por <u>24h</u> ☒ Outros _____		
6. Sangramento () Local: <u>FO</u> () 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: _____		

Aviso de Cirurgia : 41557
Paciente : 117185
Convênio Atend. : 1
Leito : 657
Dt. Início :

Sala : 0001 SALA 01
JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA
SUS - INTERNACAO
LEITO 07
Dt. Fim : 04/06/2019 12:35

Atendimento : 503888
Carteira :
Idade : 38 Anos

Cid Pré-Operatório :
Cid Pós-Operatório :

Procedimento: 0408020431

Convênio: 001

Anestesia: 39

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULNA (PRINCIP/
SUS - INTERNACAO
BLOQ DE PLEXO BRAQUIAL + SEDACAO

MDH - Hospital Dom Helder Câmara
Eduardo C. Dias de Souza

QUIRURGAO
ANESTESISTA

14508 EDUARDO JOSE FARIAS DE QUEIROZ
15883 DEBORA SPENCER DE CASTRO LEITAO

18 JUN. 2019

Descrição Cirúrgica :

PROGNOSTICO PESSIMO, LESAO DE ALTÍSSIMA GRAVIDADE GRANDE CHANCE DE PERDA DEFINITIVA DA ADM, ARTROSE PC TRAUMÁTICA, NECROSE E INFECCAO

AO RECEBER ALTA, A PACIENTE ESTÁ ORIENTADO A FAZER FISIOTERAPIA COM URGÊNCIA DO CONTRÁRIO HÁ GRANDE PROBABILIDADE DE PIORAR DRASTICAMENTE O RESULTADO, DE UMA FRATURA JÁ COM MAU PROGNÓSTICO.

01. INCISÃO TANGENTE AO FRC APX 06CM
02. SEPARAÇÃO POR PLANOS
03. ABORDAGEM INTERPLANOS ART RADIAL / FRC
04. DESINSERÇÃO DE PRONADOR QUADRADO
05. REDUÇÃO DA FRATURA
06. APOSIÇÃO COM PLACA DE APOIO 3 X 3 COM 6 PARAFUSOS CORTICAIS
07. RESINSERÇÃO DE PRONADOR QUADRADO
08. LIMPEZA COM SF 0,9%
09. SUTURA POR PLANOS
- CURATIVO E TALA

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Eduardo de Queiroz
Ortopedista
CRM 14508 TEOT 10552

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

HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: Jose Carlos Dutra da Silva Registro: 117185 Nº Atendimento: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração:

História da Doença Atual:

Paciente refere acidente (ca) motorista há 10 dias
com trauma no punho E

Interrogatório Sintomatológica:

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 03/06/2019 23:10



Nome Paciente: JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 19/03/1981
Sexo: Masculino
Idade: 38
Senha: 0062
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 03/06/2019 23:18 - 03/06/2019 23:21

LUANA TORRES LINS MARQUES - COREN: 309416 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGÊNCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE ENCAMINHADO DA UPA IMBIRIBEIRA COM RECURSO PROPRIO, SENHA: 5698309. RELATA QUEDA DE MOTO COM DOR EM MSE + MIE. NEGA EMESE/CEFALEIA OU DESMAIO,

Observação:

HAS-
DM-
P.Z: 120/90MMHG

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR MODERADA (4-7/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Luana Torres Lins Marques
COREN-PE 309416 - ENF

Acolhido(a) por: LUANA TORRES LINS MARQUES - COREN: 309416 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 03/06/2019 23:21

Atendimento: 503880

Data e Hora: 03/06/2019 23:26

Senha da Classificação:

0062

Paciente: 117185 JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 19/03/1981 Idade: 38 anos

Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: IVA MARIA DA SILVA

Nome do Pai: ANTONIO DUTRA DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Endereço: RUA DO CAMPO

41

Bairro: GUARARAPES

Cidade/UF: JABOATAO DOS GUARARAPES PE

Usuário Atendimento: EDJANEPB

RG (Identidade): 6196210

SSP PE

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 03771778492

Fone: 994996280

Cartão SUS:

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

F: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Paciente refere acidente motoricístico com trauma em punho E, braço.
 Dor no local.

Exame Físico

Obs limitação de ADM do punho E
 Neurovasculares preservados

Diagnóstico

Fratura articular rádio distal E

Conduta Terapêutica

Internar.

Prescrição Médica

D TAC punho E

Vinicius S. Couto
 CRM 25449/PE

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE: _____
 LEITO DO PACIENTE: _____

409100

Exame Físico: Do e exame em geral E

Antecedentes Pessoais: /

Medicações em Uso /

Antecedentes Familiares: /

Hipótese Diagnóstica Principal: Fratura de raio distal E

Hipóteses Diagnósticas Secundárias: /

Plano Terapêutico: Interno

Cabo de Santo Agostinho, 05/06/18

Assinatura e Carimbo

Vinícius S. S. S. S.
CRM 25.553-PE
Otorrinolaringologista

RAIO-X

DATA

LOCAL DO CORPO

QUANTIDADE DE FILMES

04/06/19

PUNHO (E)

02

	() Registrar frequência, volume e aspectos da diurese a cada / h	
8. Desidratação ()	() 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>FO AVIP</u>	
	() Examinar F.O. e registrar alterações () dor; () Calor; () Rubor; () Edema.	
	() Outros	
	() Outros	

G - Sonda Nasogástrica

PA - Pressão Arterial

FC: Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso Enteral

HGT - Hemoglicoteste

AVP - Acesso Venoso Periférico

 ENFERMEIRO(A) - D -	ENFERMEIRO(A) - N -	TÊC. EM ENFERMAGEM - D -	TÊC. EM ENFERMAGEM - N -
ASSINATURA E CARIMBO		ASSINATURA E CARIMBO	



Data/Hora	
04/06/19 00:50	# TRO# Paciente DEB, desperto, orientado HD: Fratura rádio distal E. LD: internamento
05/06/19 8h	# TRO# Paciente sem queixas FO com boa resposta alta hospitalar.
05/06/19	Paciente, consciente, orientado, SR RA SDO Fract. rádio Rad distal E. Sem queixas. Mobil. co. segue. Presença espontânea de movimentos voluntários e segue de alta hospitalar com medicação.



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA:

08

Nome: José Carlos Dutra data: 04/06/19 Hora: 13:00 Registro: 117185
Leito de origem: _____

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Ft o fratura de rádio distal
Tipo de anestesia: bloqueio de plexo
Equipe: Dr. Eduardo Anestesista: Dr. Debara

3. Admissão

Estado geral: () Bom (X) Regular () Torporoso () Grave^o
Respiração: (X) Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () SVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não (X) Sim Onde: _____
Acesso Venoso Central: (X) Não () Sim Onde: _____
Drenos: (X) Não () sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 113 x 84 mmHg FR: - p/min FC: 95 p/min SaPO2: 100
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	113 x 84	112 x 78	115 x 91	117 x 79	117 x 81	
FR	-	-	-	-	-	-
FC	67	62	65	63	65	-
SaPO2	94%	96%	96%	97%	97%	-
Glasgow	-	-	-	-	-	-

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: 110 x 90 FC: 59 FR: C SaPO2: 97 Glasgow: _____

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

Data: _____ Horário: _____ Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico: _____

Dr. Debara
Médica Anestesiologista
CPF: 032.012.333-04

TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Nome do Paciente: JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

Data de Nascimento: 19/03/1981

Data Atendimento: 03/06/2019

Prontuário: 0000225788

Cód. Atendimento: 01238681

Nome do Hospital: hospital dom heider

Senha: 5698309

Transporte: ☐ Ambulância Básica☐ Ambulância Avançada☐ Próprio☐ Acompanhamento Médico

Observação: PACEINTE RELATA QUEDA DE MOTO HOJE, EVOLUI COM DOR EM REGIAO DE PUNHO ESQUERDO E ESCORIAÇÕES EM MÃO E JOELHO DIREITO, NEUROVASCULAR PRESERVADO.

raio x: fratura de radio distal e, fechada

Recife, 03 de Junho de 2019

Médico: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA

CRM: 24967


Dr. Marcello Silva

MEDICAMENTOS DA SALA CIRURGICA

DESCRIÇÃO MEDICAMENTO USADO EM SALA	QUANTIDADE	DESCRIÇÃO MEDICAMENTO USADO EM SALA	QUANTIDADE
ÁGUA BIDESTILADA C/10ML		METRONIDAZOL 5MG/100ML	
ÁGUA BIDESTILADA C/500ML		MIDAZOLAM 5MG/3ML	
ALFENTANIL 0,5MG/5ML		MILRINONA 1MG/20ML (PRIMACOR)	
ATRACURIM 25MG/2,5ML		MORFINA 0,2MG/1ML	
ATROPINA 0,25 MG/1ML		MORFINA 10MG/1ML	
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% C/10ML		MORFINA 1MG/2ML	
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% C/250ML		NALOXONA 0,4MG/1ML	
BUPIVACAÍNA C/ADRENALINA 0,5% C/20ML		NEOMICINA + BACITRACINA POMADA	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA 0,5% C/4ML		NEOSTIGMINA 0,5MG/1ML	
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5% C/4ML		NIPRIDE 25MG/2ML	
BUPIVACAÍNA S/ADRENALINA 0,5% C/20ML		NORADRENALINA 4MG/4ML	
CEFALOTINA 1G IV/IM		OMEPRAZOL 40MG IV	
CEFAZOLINA 1G IV		ONDASETRONA 8MG/4ML	
CEFTRIAXONA 1G IV		PANCURONIO 2MG/2ML	
CETOPROFENO 100MG IV		PAPAVERINA 50MG/2ML	
CIPROFLOXACINA 200MG/100ML		PETIDINA 50MG/2ML	
CLOMIDINA 150MCG/1ML		PROPOFOL 10MG/20ML	
CLOMIDINA 150MCG/1ML		PROTAMINA 1% C/5ML	
CLORETO DE POTÁSSIO 10% C/10ML		REMIFENTANIL 2MG (ULTIVA)	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/1000ML		RINGER C/LACTATO 500ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/100ML		RONCURONIO 50MG/5ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/250ML		SEVOFLURANO 100ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/500ML		SOLUÇÃO CARDIO PLEGICA C/10ML	
DEXAMETAZONA 4MG/2,5ML		SULFATO DE MAGNÉSIO 50% C/10ML	
DEXTROCETAMINA 10ML (CETAMINA S+)		SULFENTANIL CITRATO 5MCG/2ML	
DIAZEPAM 10MG/2ML		SUXAMETONIO 100MG	
DIFENIDRAMINA 50MG/1ML		TRAMADOL 50MG/1ML	
DIPIRONA 500MG/2ML		TRIGLICERIDEOS CADEIA (TCM) 200ML	
DOBUTAMINA 250MG/20ML		VITAMINA C 500MG/5ML	
DOPAMINA 50MG/10ML		VOLUVEN 5% C/500ML	
EPINEFRINA 1MG/1ML			
ETILEFRINA 10MG/1ML			
ETOMIDATO 2MG/10ML			
FENTANIL 0,0785MG/10ML			
FENTANIL 0,0785MG/2ML			
FLUMAZENIL 0,1MG/5ML			
FUROSEMIDA 10MG/2ML			
GENTAMICINA 80MG/2ML			
GLICOSE 10% C/500ML			
GLICOSE 5% C/500ML			
GLICOSE 50% C/10ML			
GLUCONATO DE CÁLCIO 10% C/10ML			
HEPARINA SÓDICA 5.000UI/ML C/5ML			
HIDROCORTISONA 500MG			
IPBILON 4G C/20ML			
LIDOCAÍNA 2% C/ADRENALINA C/20ML			
LIDOCAÍNA 2% S/ADRENALINA C/20ML			
LIDOCAÍNA 2% GEL			
MANITOL 20% C/250ML			
METARAMINOL 10MG (ARAMIN)			
METIL PREDNISOLONA 500MG			
METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML			
METOPROLOL 5MG/5ML (SELOKEN)			

Prescrição.: 1740433 Data: 03/06/2019 21:25

1ª VIA

Usuário.: JORGEFAS

Atendimento: 1238681 Dt Nasc: 19/03/1981 (38a 2m 22d)

Convênio.: SUS - AMBULATORIO

Paciente.: 225788 - JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

Peso.: Altura: Sup. Corporea:

Internação.: 03/06/2019 20:54 0 Dias(s) Int

Médico.: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unid. Int.: Leito.: Cobertura:

Cid.: M796 DOR EM MEMBRO Ciclo.: /

Diagnóstico:

Protocolo.:

Classificação de Risco:URG

PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA - CRM - null - 24967

FUNÇÃO: MEDICO(A)

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: ABCIXIMAB, NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

PROCEDIMENTOS MEDICOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
3 TALA GESSADA AXILO PALMAR M	1					[03/06] 21:25
-> ATADURA CREPE 20CM X 4,5M 11FIOS	1 UN					
-> ATADURA CREPE 10CM X 4,5M 11FIOS	4 UN					
-> ATADURA CREPE 15CM X 4,5M 11FIOS	2 UN					
-> ATADURA GESSADA 10CM X4,0M BRANCA	1 UN					
-> ATADURA GESSADA 20CM X4,0M BRANCA	1 UN					

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
4 CURATIVO ADULTO					Agora	

JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA
CRM 24967

Dr. Marcello JCS

Prescrição.: 1740426 Data: 03/06/2019 21:14

Usuário.: JORGEFAS

Atendimento: 1238681 Dt Nasc: 19/03/1981 (38a 2m 22d)

Convênio.: SUS - AMBULATORIO

Paciente.: 225788 - JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

Peso.: Altura: Sup. Corporea:

Internação.: 03/06/2019 20:54 0 Dias(e) Int

Médico.: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unid. Int.: Leito.: Cobertura:

Cid.: M796 DOR EM MEMBRO Ciclo.: /

Diagnóstico:

Protocolo.:

Classificação de Risco:URG

PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA - CRM - null - 24967

FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Assinatura do Responsável



Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: ABCIXIMAS, NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

EXAMES IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	ApI	Frequência	Datas/Horários
2 RX PUNHO ESQUERDO A.P. / PERFIL ; Exame: 317183	1					03/06/2019 21:14

JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA
CRM 24967

Solicitação de Radiografia

Paciente: JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA
Registro: 117185 Data da Alta: 05/06/2019

Solicito Radiografia:

PUNHO ESQUERDO AP E PERFIL

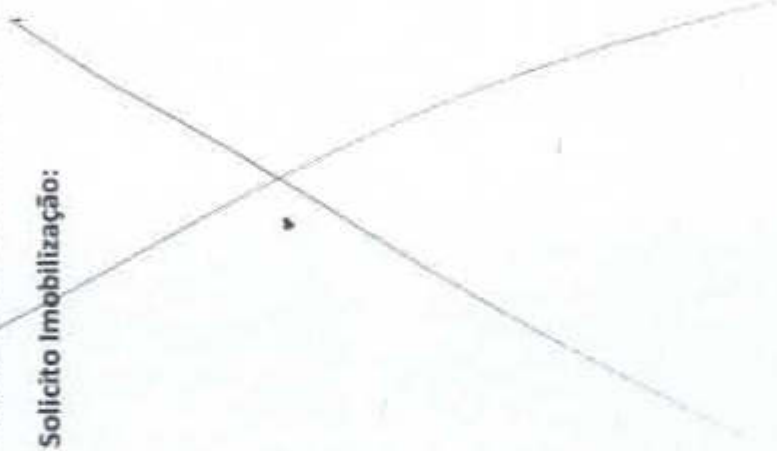
Motivo: Controle



Imobilização

Paciente: JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA
Registro: 117185 Data da Alta: 05/06/2019

Solicito Imobilização:



TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Nome do Paciente: JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

Data de Nascimento: 19/03/1981

Data Atendimento: 03/06/2019

Prontuário: 0000225788

Cód. Atendimento: 01238681

Nome do Hospital: hospital dom heider

Senha: 5698309

Transporte: ☒ Ambulância Básica ☐ Ambulância Avançada ☐ Próprio

☐ Acompanhamento Médico

Observação: PACIENTE RELATA QUEDA DE MOTO HOJE, EVOLUI COM DOR EM REGIÃO DE PUNHO ESQUERDO E ESCORIAÇÕES EM MÃO E JOELHO DIREITO. NEUROVASCULAR PRESERVADO.

raio x: fratura de radio distal e, fechada

Recife, 03 de Junho de 2019

Médico: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA

CRM: 24967

Dr. Jorge Ferraz
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE: 24.967

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

Nome: Sr Carlos Dutra Registro: 117-185
Clínica: _____ Enfermaria: Interno
Diagnóstico: _____ Data: 03/06 Hora: _____

Plantão Noturno

1 - Queixas do paciente: Sem queixas

2 - Estado Geral/Nível de consciência: Alerta, consciente

3 - Pele/mucosa: Hi. rosado

4 - Aparelho cardiovascular: ACV em AAT FC: _____ PA: _____

5 - Aparelho respiratório: taquicárdico FR: _____ Oxigenoterapia: _____

6 - Aparelho gastrointestinal: DDome Semi-geloso

7 - Aparelho Geniturinário: Desseccado

8 - Aparelho locomotor: _____

9 - Exames laboratoriais _____

10 - Exames de imagem: _____

11 - Lesões/Curativos: _____

12 - Observações: _____

13 - Prescrição de Enfermagem:

den. f. com SSV a cada 6/6 horas.

14 - Alta: Transferência () Local _____ Melhorada () Óbito () Evasão ()

Hora: _____

Enfermeiro/ assinatura e carimbo:


Enfermeiro
CUREN-P-30



**HOSPITAL
DOM HELDER CAMARA**



HOSPITALAR

Anotações do Técnico em Enfermagem

Nome: José Carlos Registro: 157585

Clinica: Unidade de Saúde Enfermária: Leito:

Diagnóstico: Data:

Plantão Diário

Estado Geral: Bom

Dieta: VO () SNE () GTT () Dieta zero ()

Padrão respiratório: espontâneo (✓) AVM () VNI () Cat. 02 () Venturi ()

Acesso Venoso: Periférico (✓) Central () Local: Data da troca:

Drenos: Sim () Não (✓)

Diurese: Espontânea (✓) SVD () Outros:

Evacuação: Presente (✓) Ausente ()

Observações:

Alta: Transferência () Local Melhorada () Óbito () Evasão ()

Técnico em enfermagem:

[illegible]

LAUDO MÉDICO

Data de Atendimento: 19/6/19

Nº PRONTUÁRIO: 117125

NOME DO PACIENTE: José Carlos Dutra do Sê

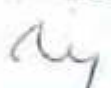
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Esq. de distúrbio de realim
CID: distúrbio (E); problema em
562 avaliação

OBS.:

Nº DIAS _____ ()

AFASTAMENTO DO TRABALHO


Assinatura do Médico
Carimbo

CÓD. 38391



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

[illegible]

EMERGÊNCIA

Nome: Ser Carlos Dutra da Silva Registro: 117185
Clínica: Urologia Setor: Urologia
Diagnóstico: Urolitíase Leito: 03/06

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	Data: <u>03/06</u>	Hora: <u>12</u>
1. Padrão Ventilatório () Normal () Prejudicada	☒ Manter decúbito elevado a <u>45</u> graus. ☐ Aspirar VAS com técnica asséptica S/N ☐ Monitorar e registrar condição respiratória. ☐ Manter VAS Pervias. ☐ Outros		
2. Padrão Alimentar () Normal () Diminuído () Aumentado	☐ Solicitar Avaliação Nutricional ☐ Peser Diariamente ☐ Registrar Aceitação Alimentar ☐ Outros		
3. Padrão Arterial () Normal () Diminuído () Aumentado	☒ Verificar e Registrar pressão arterial de <u>66</u> <u>06</u> <u>12</u> ☐ Manter restrição no leito ☐ Instalar Monitorização Cardíaca ☐ Outros		
4. Edema Local: () Leve () Moderado () Severo	☐ Registrar presença de inflamação / infecção ☐ Controle de Balanço Hídrico ☐ Outros:		
5. Regulação Térmica () Normal () Hipotermia () Hipertermia	☒ Verificar e registrar temperatura corporal de <u>36,6</u> <u>06</u> <u>12</u> e comunicar se estiver abaixo de $\leq 36^{\circ}\text{C}$ ou $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ ☐ Aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica em caso de hipotermia ☐ Retirar o cobertor e avaliar a temperatura do ambiente em caso de hipertermia ☐ Outros:		
6. Glicose Sanguínea () Normal () Baixo () Alto	☒ Verificar e registrar Glicose Sanguínea de <u>66</u> <u>06</u> <u>12</u> ☐ Outros:		
7. Náuseas ()	☐ Orientar/Manter decúbito elevado por 2 horas após as refeições ☐ Registrar e comunicar frequência e características do vômito ☐ Outros:		
8. Vômitos ()	☐ Registrar e comunicar frequência e características do vômito ☐ Outros:		
9. Integridade da Pele () Prejudicada () Normal	☐ Avaliar, Registrar e comunicar alterações. ☐ Realizar higiene íntima após eliminações ☐ Realizar troca de curativos de ☐ Acompanhamento nutricional ☐ Outros:		
10. Depressão ()	☐ Manter vigilância constante ☐ Supervisionar e registrar nível de agitação do cliente ☐ Manter grades elevadas ☐ Acompanhamento Psicológico ☐ Outros:		
11. Abuso de Álcool ()	☐ Registrar e comunicar frequência e características do vômito ☐ Outros:		
13. Risco de Aspiração ()	☐ Manter decúbito a 45° ☐ Testar funcionamento da SNG/SNE antes da medicação ☐ Outros		
14. Risco de Infecção ()	☐ Evitar manuseio excessivo do paciente ☐ Anotar e comunicar alteração de temperatura $>37,5^{\circ}\text{C}$ ☐ Registrar e avaliar presença de sinais flogísticos ☐ Ajudar na mobilidade ☐ Outros:		

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Jose Carlos Dutra da Silva Data: 04/06/19 Hora: 11:00 Registro: 117185
Convênio: _____ Leito: _____ Paciente: _____ Altura: _____

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Eduardo Gomes Anestesista: Dr. Debona
Auxiliar: _____ 2º Auxiliar: _____ Instrumentador: Madjane

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Ator: Sutura de Radio Distal Início: 11:45 Término: 12:20
Anestesia: Torácica de Pólio Início: 11:15 Término: 12:20

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

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

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

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

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso (X) Monitor Cardíaco (X) PNI (X) Bomba CEC () Aspirador ()
Colchão Térmico () Bisturi Ultrassônico () Artroscópio () Microscópio () Capnógrafo ()
Bisturi Elétrico (X) Local da Peça perna (X)
Carro de Anestesia () Diprofusor () Intensificador (X)
Ap. Vídeo () Bomba de Infusão () Nº ()
Oxigênio () Início _____ Término _____
Protóxido () Início _____ Término _____
Gás Carbônico () Início _____ Término _____
Outros: _____

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Cânula Orotraqueal: Sim () Não (X)
Sonda Vesical de Demora: Sim () Não (X)
Drenagem (Tipo e Local): Sim () Não (X)
Curativo (Tipo e Local): Sim (X) Não () NS (P)
Punção Venosa: Sim () Não (X)
Sonda Gástrica: Sim () Não (X)

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: Materiais usados em Anestesia Torácica de Pólio ao paciente.
CIRURGIA: Materiais usados em cirurgia de Sutura de Radio Distal do paciente.

6 - OBSERVAÇÕES:

Início da cirurgia às 11:45
às 12:20

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

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

Data: 04/06/19 Hora: _____ Enfermeira: Filipa Circulante: BeThy



Nome: João Carlos Dutra da Silva Data: 04 / 06 / 19 Registro: 557185
Convênio: _____ Leito: _____ Hora: 11:00

Cirurgião: Dr. Eduardo 1º auxiliar: _____
Anestesista: Dr. Roberto Instrumentador: Adriano
Circulante: Betty

[illegible]



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

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 117185

Atendimento: 503888

Dt. Cad: 03/06/2019

Nome: JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

Dt. Nasc: 19/03/1981

Mãe: IVA MARIA DA SILVA

Bairro: GUARARAPES

End.: RUA DO CAMPO

Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES

Enferm.: LEITO 07

Leito: 657

CNS:

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- ☒ Confirmação sobre o paciente
 - Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado
 - Consentimento informado realizado

- ☒ Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
- ☒ Checagem do equipamento anestésico
- ☒ Oxímetro de pulso instalado e funcionando

O paciente tem alguma alergia?

☒ Não

☐ Sim

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

☐ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

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

☐ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

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

Antecipação de eventos críticos:

- ☒ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia?
Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? *2 e 3 min*

- ☐ Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente?

- ☐ Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico?

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

☐ Sim

☐ Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

☒ Sim

☐ Não se aplica

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- ☒ Nome do procedimento realizado *Prot. Ang. de Rades Distal ①*
- ☒ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica) *Sim*
- ☒ Biópsias estão identificadas com o nome do paciente *NE*
- ☒ Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido *NE*
- ☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente *Sim*

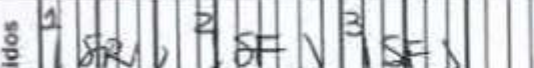
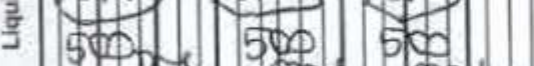
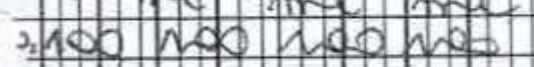
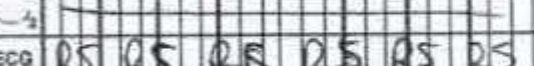
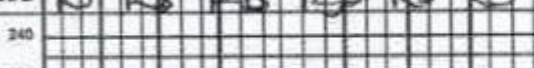
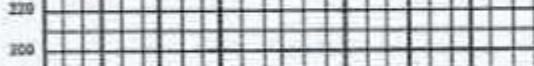
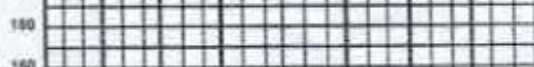
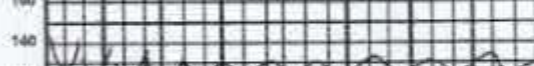
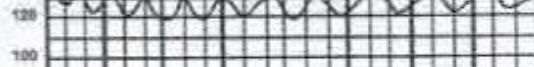
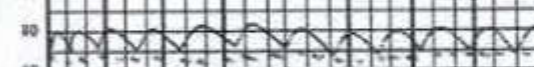
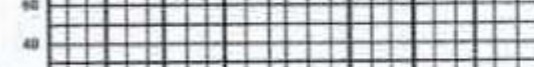
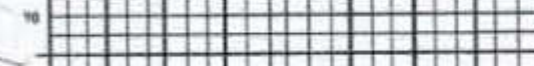
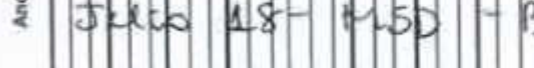
Enfermeira de O. Maia
CORREÇÃO 09/05/2019 - ENF

Paciente: **JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA**
 Sexo: **M** Cor: **P** Idade: **38** Risco: **I**

CRM: **5883** Nome do Anestesiologista: **HELENO SPENCER** Nome do Cirurgião: **EDUARDO GONCALVES**

Medicação Pré-anestésica: **2** Urgência: ☐ NÃO ☒ SIM

Cirurgia: **tratamentos cirúrgicos de fratura REG: 117185 de ant. rádio distal dg** Pw: **+88Kg**

Horário	11:45	12:15	13:15		Drogas Usadas	Quantidade
N ₂ O					Fentanyl 100	+50
Líquidos					midazolam 5	+5 mg
					Cefazolin 2gr	
					Dexametasona 10	mg
					Diprione 2gr	mg
					Cetoprofeno 100mg	
					Naunshon 8mg	
ECG					Ropivac - 100mg	
					Lido 1% 400mg	
					Técnica Anestésica	
					① sedação EV com cateter nasal	
					② Bloqueio de plexo braquial	
					erguido	
					anest. entorpe	
					(no momento da	
					diprione de sti-	
					mplexo e USG)	
					feto firme de	
Anotações	044 Júlio 18- 11:50 - Bom fluxo					

Monitorização ☒ Cardíaco ☒ Oxímetro ☒ PNI ☐ Sonda Vesical ☐ Capnógrafo ☐ Estat. Pré-Cordial ☐ Outros	☐ BIS ☐ Temperatura ☐ Swan-Ganz ☐ Analisador Gases ☐ PVC ☐ Estimulador de Nervos ☐ Linha Arterial ☐ Volemia IBP Plus	Encaminhado ☒ Acordado ☐ Sonolento ☐ Intubado Destino ☒ SRPA ☐ Apart/Ent. ☐ UTI ☐ Externo	Intercorrência: ☒ NÃO ☐ SIM anatomia Descrever: no INTRAop, repouso de leve em alguma p Observações: tra do bloqueio apara dos testes; complementos com sedação Uyim no 10h / sem algun em corre- midade
--	---	--	--

Alanti=10

Dr. Helene Spencer
 Médica Anestesiologista
 CREF: 032.588/8-11
 CRM: 14884 / CNA: 2.2804

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
 CENTRO DE REGISTRO DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA
 CPF: 6306318 RPP PE
 DATA NASCIMENTO: 03/03/1981
 ENDEREÇO: ANTONIO DUTRA DA SILVA
 IVA MARIA DA SILVA
 DATA REGISTRO: 07/01/2004
 DATA EXPIRAÇÃO: 07/01/2004
 DATA EMISSÃO: 05/12/2010

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1933567269

PROIBIDO PLANTILHA
 1933567269

LOCAL: JARACATÓ DOS GUARABAPES, PE
 DATA EMISSÃO: 05/12/2010
 PERNAMBUCO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

5.633.938

DATA DE EMISSÃO

28/06/2011

RECÍPE - PE

RECÍPE

<< ARNÓBIO BATISTA DA SILVA >>

<< VALÉRIA DA CONCEIÇÃO MACIEL GOMES >>

DATA DE EMISSÃO

RECÍPE - PE

DATA DE EMISSÃO

18/10/1979

0030290 72 OLINDA-PE

00052 212

028 466.664-58

00052 212

00052 212

00052 212

00052 212

00052 212

00052 212

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO



Alcione Gomes da Silva

CARTÃO DE IDENTIDADE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200137412 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA **Data do acidente:** 03/06/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 8.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200137412 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA **Data do acidente:** 03/06/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 8.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSE CARLOS MOTA DA SILVA
brasileiro (a), estado civil: CASADO, profissão: MOTORISTA
portador(a) do RG nº.: 6196210, órgão expedidor: SDS, inscrito (a)
no CPF sob o nº.: 0377177892, residente na
RUA DO CAMPO - 41
cidade: SABOATÃO, Estado: PE, CEP: 54325-171
telefone: 994996280 / 88889972 / (81) 9.8488-7233
email: _____

OUTORGADOS: FLÁVIO GUILHERME BRAGA DE CASTRO COTINHO, brasileiro, divorciado, administrador, inscrito no CPF sob o nº. 024.944.714-27, RG Sob o nº 4851396 SDS-PE, com endereço profissional na Av. Prof. Agamenon Magalhães, nº 473, Vila Popular, Olinda/PE. CEP: 53.230.010. ALCIONE GOMES DA SILVA, brasileira, divorciada, analista jurídica, inscrita no CPF sob o nº. 028.466.554-58, RG Sob o nº 5.639958, com endereço profissional na Av. Prof. Agamenon Magalhães, nº 473, Vila Popular, Olinda/PE. CEP: 53.230.010. ERLON ALBUQUERQUE GOMES, brasileiro, solteiro, auxiliar administrativo, inscrita no CPF sob o nº. 705.296.194-66, RG Sob o nº 6351765, com endereço profissional na Av. Prof. Agamenon Magalhães, nº 473, Vila Popular, Olinda/PE. CEP: 53.230.010.

PODERES: concede poderes especiais do outorgado (a) para enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento processual do sinistro e apresentar documentos referentes ao processo do sinistro junto à Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas à Líder DPVAT e à SUSEP.

OBS.: é de inteira responsabilidade do (a) outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados à outorgada.

Olinda, 17 de 02 de 2020.

JOSE CARLOS MOTA DA SILVA

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Reconheço por autenticidade a firma indicada de
Jose Carlos Mota da Silva
arguida em minha presença. Oute
Recibo, 17 de fevereiro de 2020 14:15:40
Em testemunho, na presença
da Sra. Maria de Lima Gonçalves (Substituta)
RG nº 217.110. RG nº 166. RG nº 6.57
RG nº 024798 VV102020020356



CARTÓRIO DO 1º DISTRITO JUDICIÁRIO PINA E BOA VIAGEM
Rua Manoel de Oliveira, 100 - Pina e Boa Viagem - Olinda - PE
Fone: (81) 3181.1111 - Fax: (81) 3181.1112 - E-mail: cjpina@tjpe.jus.br
Site: www.tjpe.jus.br