



Número: **0073028-66.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **13/11/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
HENRIQUE AUGUSTO LEITE MARQUES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
73450048	12/01/2021 15:21	ANEXO 1	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo, ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 15681266

Pag. 0140001470 - carta_01 - INVALIDEZ

00020730





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo, ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 15681266

Pag. 0140001470 - carta_01 - INVALIDEZ

00020730





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo, ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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





ARCHITECTS

4 - Nome completo do vizinho: João Carlos Dutra da Silva

6-OPH
037-717-784-92

10 - Complemento:

2A-CPP

18-2960

19 - Profissão do Respondente Legal

☐ ACTIVA DE PSE.000,00

☐ RESERVA-SE O LUGAR DO INTERESSADO NA ESCOLHA DO PROJ. CURRICULAR

 CrossMark Embedded Metadata (2014)

Google

Detachable style as seen

34-Data-09

na página correspondente, informar o correto endereço.

See Also

82 - Escritura de quem aponta a medida de tempo

CPA

Audiotape da testimonianza

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

Num. 73450048 - Pág. 4

Número do documento: 21011215213903200000071997784



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E2093000137

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

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA 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 Pai: 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: 9C2KC2260JR012979
Ano Fabricação/Modelo: 2018/2018 Combustível: ALCO/GASOL

Polícia Civil / Intopolixm: BOEPreview.html

20/01/2021

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 01236681 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 GOMES - Matrícula: 350961-3





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Incluir o(s) titular(es) do seguro:

☐ DADOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDIDADE PERMANENTE

☐ ACIDENTE

2 - Nº do título ou AS:

3 - CPF do titular:

034.717.734-92

4 - Nome completo do titular:

José Carlos Dutra da Silva

INSTRUMENTO DE REGISTRAÇÃO CADASTRAL E FOLHA DE RENDA NORMAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/RESPONSÁVEL/ACIDENTADO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUPR. Nº 010/2013

5 - Nome completo:

José Carlos Dutra da Silva

6 - CPF:

034.717.734-92

7 - Profissão:

mataguerus

8 - Endereço:

Rua Da Lagoa

9 - Bairro:

HI

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Guaranápolis

12 - Cidade:

Jaboatão

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

54505-111

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(81) 984433-7131

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PÓS, TUTEL, E CURADOR) PARA VÍTIMA/RESPONSÁVEL/ACIDENTADO ENTRE 5 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DO CONTRATO:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.000,00 A R\$5.000,00

☒ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 A R\$2.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DOAÇÃO DE BENS:

☐ REPRESENTANTE DO INCAPAZ

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO INCAPAZ DA REGISTRAÇÃO (PÓS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTRA POUPEIRIA (destinado para as despesas do acidente. Anotar uma opção)

☐ CONTRA CORRUPÇÃO (valor de honorários)

Nome do SAQUE:

☐ Banco (CPF)

☐ Inst. (CPF)

☐ Banco do Brasil (CPF)

☒ Caixa Econômica Federal (CPF)

ANÁLISE: 30.15

CPF

CONTR: 00046542

0

ANÁLISE: 30.15

CPF

CONTR: 00046542

0

(informar o dígito de verificação)

(informar o dígito de verificação)

(informar o dígito de verificação)

(informar o dígito de verificação)

Autentica-se 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 AUTENTICAÇÃO DE LAUDO DO IML - PRESENCIALMENTE OU POR MEIO DE PROCURAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL

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

- o IML, que atende a região do acidente ou de minha residência, não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- o IML, que atende a região do acidente ou de minha residência não realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias do pedido.

Solicito o reconhecimento 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, à critério da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO RESPONSÁVEL - PRESENCIALMENTE OU POR MEIO DE PROCURAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL

23 - Estado civil do titular:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do título do titular:

25 - Se é Parente com a vítima:

26 - Vítima deixou comprovado(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou comprovado(a), informar o como comprovado:

28 - Vítima tem filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se filhos vivos, informar:

30 - Vítima deixou comprovado(a):

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se filhos vivos, informar:

33 - Vítima deixou comprovado(a):

☐ Sim

☐ Não

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

o IML, que atende a região do acidente ou de minha residência, não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

o IML, que atende a região do acidente ou de minha residência não realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias do pedido.

Solicito o reconhecimento de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por morte, 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, à critério da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 discordo do seu conteúdo.

34

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

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

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

40 - Local e Data, 26 de fevereiro de 2020

JOSÉ CARLOS DUTRA DA SILVA

41 - Assinatura de vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do procurador (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

44 - Assinatura

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



Data de emissão: 20/01/2021 15:21:39 - Data de validade: 27/01/2021

marisa



XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA
R DO CAMPO 00041
GUARARAPES
54325-171 JABOATAO DOS GUARAR PE



Assine sua futura por e-mail



Assine sua futura por e-mail
Assine sua futura por e-mail
Assine sua futura por e-mail

Assine sua futura por e-mail
Assine sua futura por e-mail
Assine sua futura por e-mail

marisa

(181) 9.8488-7131



 CELPE
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.433, de 28/04/02
 COMERCIAL 116 | PRONTUÁRIO 116
 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
 Ouvidoria 0800 282 5586
 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
 de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0157-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
 Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

PCWP, SAE 900, PCA-43

112.60

001001247

2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023 2024 2025 2026 2027 2028 2029 2030 2031 2032 2033 2034 2035 2036 2037 2038 2039 2040 2041 2042 2043 2044 2045 2046 2047 2048 2049 2050 2051 2052 2053 2054 2055 2056 2057 2058 2059 2060 2061 2062 2063 2064 2065 2066 2067 2068 2069 2070 2071 2072 2073 2074 2075 2076 2077 2078 2079 2080 2081 2082 2083 2084 2085 2086 2087 2088 2089 2090 2091 2092 2093 2094 2095 2096 2097 2098 2099 2100 2101 2102 2103 2104 2105 2106 2107 2108 2109 2110 2111 2112 2113 2114 2115 2116 2117 2118 2119 2120 2121 2122 2123 2124 2125 2126 2127 2128 2129 2130 2131 2132 2133 2134 2135 2136 2137 2138 2139 2140 2141 2142 2143 2144 2145 2146 2147 2148 2149 2150 2151 2152 2153 2154 2155 2156 2157 2158 2159 2160 2161 2162 2163 2164 2165 2166 2167 2168 2169 2170 2171 2172 2173 2174 2175 2176 2177 2178 2179 2180 2181 2182 2183 2184 2185 2186 2187 2188 2189 2190 2191 2192 2193 2194 2195 2196 2197 2198 2199 2200 2201 2202 2203 2204 2205 2206 2207 2208 2209 2210 2211 2212 2213 2214 2215 2216 2217 2218 2219 2220 2221 2222 2223 2224 2225 2226 2227 2228 2229 2230 2231 2232 2233 2234 2235 2236 2237 2238 2239 2240 2241 2242 2243 2244 2245 2246 2247 2248 2249 2250 2251 2252 2253 2254 2255 2256 2257 2258 2259 2260 2261 2262 2263 2264 2265 2266 2267 2268 2269 2270 2271 2272 2273 2274 2275 2276 2277 2278 2279 2280 2281 2282 2283 2284 2285 2286 2287 2288 2289 2290 2291 2292 2293 2294 2295 2296 2297 2298 2299 2300 2301 2302 2303 2304 2305 2306 2307 2308 2309 2310 2311 2312 2313 2314 2315 2316 2317 2318 2319 2320 2321 2322 2323 2324 2325 2326 2327 2328 2329 2330 2331 2332 2333 2334 2335 2336 2337 2338 2339 2340 2341 2342 2343 2344 2345 2346 2347 2348 2349 2350 2351 2352 2353 2354 2355 2356 2357 2358 2359 2360 2361 2362 2363 2364 2365 2366 2367 2368 2369 2370 2371 2372 2373 2374 2375 2376 2377 2378 2379 2380 2381 2382 2383 2384 2385 2386 2387 2388 2389 2390 2391 2392 2393 2394 2395 2396 2397 2398 2399 2400 2401 2402 2403 2404 2405 2406 2407 2408 2409 2410 2411 2412 2413 2414 2415 2416 2417 2418 2419 2420 2421 2422 2423 2424 2425 2426 2427 2428 2429 2430 2431 2432 2433 2434 2435 2436 2437 2438 2439 2440 2441 2442 2443 2444 2445 2446 2447 2448 2449 2450 2451 2452 2453 2454 2455 2456 2457 2458 2459 2460 2461 2462 2463 2464 2465 2466 2467 2468 2469 2470 2471 2472 2473 2474 2475 2476 2477 2478 2479 2480 2481 2482 2483 2484 2485 2486 2487 2488 2489 2490 2491 2492 2493 2494 2495 2496 2497 2498 2499 2500 2501 2502 2503 2504 2505 2506 2507 2508 2509 2510 2511 2512 2513 2514 2515 2516 2517 2518 2519 2520 2521 2522 2523 2524 2525 2526 2527 2528 2529 2530 2531 2532 2533 2534 2535 2536 2537 2538 2539 2540 2541 2542 2543 2544 2545 2546 2547 2548 2549 2550 2551 2552 2553 2554 2555 2556 2557 2558 2559 2560 2561 2562 2563 2564 2565 2566 2567 2568 2569 2570 2571 2572 2573 2574 2575 2576 2577 2578 2579 2580 2581 2582 2583 2584 2585 2586 2587 2588 2589 2590 2591 2592 2593 2594 2595 2596 2597 2598 2599 2600 2601 2602 2603 2604 2605 2606 2607 2608 2609 2610 2611 2612 2613 2614 2615 2616 2617 2618 2619 2620 2621 2622 2623 2624 2625 2626 2627 2628 2629 2630 2631 2632 2633 2634 2635 2636 2637 2638 2639 2640 2641 2642 2643 2644 2645 2646 2647 2648 2649 2650 2651 2652 2653 2654 2655 2656 2657 2658 2659 2660 2661 2662 2663 2664 2665 2666 2667 2668 2669 2670 2671 2672 2673 2674 2675 2676 2677 2678 2679 2680 2681 2682 2683 2684 2685 2686 2687 2688 2689 2690 2691 2692 2693 2694 2695 2696 2697 2698 2699 2700 2701 2702 2703 2704 2705 2706 2707 2708 2709 2710 2711 2712 2713 2714 2715 2716 2717 2718 2719 2720 2721 2722 2723 2724 2725 2726 2727 2728 2729 2730 2731 2732 2733 2734 2735 2736 2737 2738 2739 2740 2741 2742 2743 2744 2745 2746 2747 2748 2749 2750 2751 2752 2753 2754 2755 2756 2757 2758 2759 2760 2761 2762 2763 2764 2765 2766 2767 2768 2769 2770 2771 2772 2773 2774 2775 2776 2777 2778 2779 2780 2781 2782 2783 2784 2785 2786 2787 2788 2789 2790 2791 2792 2793 2794 2795 2796 2797 2798 2799 2800 2801 2802 2803 2804 2805 2806 2807 2808 2809 2810 2811 2812 2813 2814 2815 2816 2817 2818 2819 2820 2821 2822

AV PROP ABSENCE MAGALHAES ET AL

07130-013 OK, BODA, PC

As condições gerais de funcionamento (Funcionamento AMBUL 21870010), tarifas, produtos, serviços prestados e ofertas se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cajma.com.br

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

178D,A414,1183,CFEC,01B9,9D18,34D3,02EC

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Água(000)	125,83	6,2108953	88,98
Acabamento Bandeira AMARELA			1,78
Acabamento Bandeira VERMELHA			2,31
Corte: Ban. Pátio Municipal			15,38
TOTAL DA FATURA			112,80

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS		PIS		COFINS				
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
102,34	25,00	25,58	102,34	1,29	1,32	102,34	5,95	6,08

ENXITE 11 DIAS, DÉSPÓS FORTESSES GARANTIRÃO CORTE		
Vencido	De R\$ em	Valor
2008/9	20/10/9	14,28

Rate corrigido NÃO cobrará juros de débitos anteriores a 180 dias antes do vencimento em disputa judicial. Caso a suspensão de fornecimento prevista por este valor seja liberada, poderá ocorrer a suspensão de cobrança, podendo também ocorrer cobrança imediata de débitos anteriores a 180 dias antes do vencimento. Podem ocorrer juros de cobrança, tanto sobre débitos com registros de suspensão de crédito (SPC) e SERASA.

Tarifa Aplicada	HISTÓRICO DO CONSUMO	100%
Consumo Água(000)	6,2108953	125,83
	OUT 18	125,83
	SET 18	30
	AGO 18	30
	JUL 18	38
	JUN 18	5
	MAY 18	9
	ABR 18	20
	MAR 18	158
	FEB 18	173
	JAN 18	487
	DEZ 18	138
	NOV 18	30
	OUT 18	30

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
	R\$	%
Consumo de Energia	20,28	17,89
Previdência	3,30	3,05
Despesa com Água	21,84	21,84
Despesa com Energia	5,07	4,90
Impostos	94,25	82,01
Parcelas de Energia	5,10	4,48
TOTAL	109,24	100

NÚMERO DE REGISTRO	TIPO DE PAGO	ACQUISICIÓN		EVALUACIÓN		Nº DE VOTOS	CONTRATANTE	ALÍCUOTA	CÓDIGO CUIT
		SALA	COTIZACIÓN	SALA	EVALUACIÓN				
000000000-00769723	0.02	10000000	1.700.00	50000000	1.870.00	03	1.000000	0.00	129_0

TABLE PRESENTING TABLE A. SUMMARY OF STUDY DESIGN AND METHODS

[illegible][illegible]

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	210	230
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

DESTROYED COPY

TALÃO DE PAGAMENTO

● 2014 年 12 月 1 日起

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este cartão será usado em leitores ópticos.

83600000018 126000110000 676751025100 142422667635

AUTENTICAZIONE MECCANICA





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradorelida.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: 0800-1536 / 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 Ouidor: 0800-022-91-35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível na endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASP?TPQ=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 fonte 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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, APOSENTADORIA, CAPITALIZAÇÃO E RESCUEIRO. 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 054.717.784 / 92
do sinistro de DPVAT cobertura incapacidade da vítima José Carlos Dutra Da Silva
inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.717.784 / 92, conforme determinação da Circular Susep 445/12;
Declaro Profissão: Receita-me Renda: Receita-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:
Bairro: <u>Vila Popular</u>	Cidade: <u>Olinda</u>	Estado: <u>PE</u>
CEP: <u>53230-010</u>		Tel (DDD) <u>(81) 98486-7131</u>

Local e Data:

Olinda 28 de janeiro de 2020

Alexsane Gomes da Silva
Assinatura do Declarante

DEDRL001 V001/2017



NUMERO: 0000225708 JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA
Nascimento: 19/03/1981 38 Anos 2 Meses 22 Dias Sexo:
Atendimento: 01238681 Data Atendimento: 03/06/2019 20:34

Queixa Principal / História

PACIENTE RELATA QUEDA DE MOTO HOJE, EVOLUI COM DOR EM REGIÃO DE PUNHO ESQUERDO E ESCORIAÇÕES EM MÃO 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 Consciente	Hidratado
Músculo:	Corado	Acianótico	Anticético
Eupneico	Afebril	Sem Edemas	

ACV: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AR: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AD: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

SN: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADO

SQU: ☒ 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	AEL (cm)	SAT O ₂
			16					

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 12/01/2021 15:21:39



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

Usuário: JORGEFAS

Atendimento: 1234561 Dt Nasc: 15/03/1991 (35e 2m 22d)

Convênio: SUS - AMBULATORIO

Paciente: 225758 - JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

Peso: Altura: Sup. Corporal:

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

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

Unid. Int.: Lata: 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

Alérgias: ABCIXIMAS, NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO MEDICA

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apf	Frequência	Data/Horário
DIPIRONA SODICA SOL.INJ. 1G - 3ML	1	AMP		IV	Agora	03/06/2019 21:25
[-> ESCALPE N. 21	1	UN				
[-> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				
[-> AGUA BIDESTILADA SOL.INJ.	1	AMP				
10ML						
[-> SERINGA DESCARTAVEL 10	1	UN				
CC S/ AGULHA						

JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA
CRM 24967

Dr. Marcello Silva

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

PACIENTE:	MRS. CARLOS ALBERTO DA SILVA			DATA:	09/10/14
URGIAO:	DR. EDUARDO BUENO			RO:	112165
ESTESISTA:	DR. DEBORA	AUXILIAR:			
URGIA:	HCB: VITRINA DE RADIO DENTAL			ANESTESIA:	Bloqueio + Sedação
TRUMENTADOR:	Jadione	COORDENAÇÃO DO BLOCO:		Siana	
ICULANTE:	Bella	HORARIO INICIAL:	11:00	COREN:	
FERREIRA:	CRICA	HORARIO FINAL:	17:10		

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 01

AGULHAS			
13X4,5	25X7	25X8	40X12
TRIPLÉXICA	STIMULPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27

ATADURAS			
REPE 15CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
SEADA 15CM	SEADA 15CM	SEADA 20CM	

CANULAS			
AQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
AQUEOST 8,0			

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			
ADAFIC	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	40ML	60ML CATETER	

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

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 01

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 26
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36

SOMAS

ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRAÇÃO 16	ENDOTRAQ. 2,0	ENDOTRAQ. 2,8	ENDOTRAQ. 3,6
ENDOTRAQ. 3,2	ENDOTRAQ. 4,0	ENDOTRAQ. 4,8	ENDOTRAQ. 5,6
ENDOTRAQ. 5,2	ENDOTRAQ. 6,0	ENDOTRAQ. 6,8	ENDOTRAQ. 7,6
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 POSSO	MARCAPASSO	VALVET
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	ACO 1	ACO 4	ACO 6

COD. 38407



RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 04/06/2019 07:16:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSE CARLOS DUTRA DA
SILVA

RG:

PESO:

IDADE: 38 Anos

SEXO: MASCULINO

ALTURA:

Data de Nascimento: 190V1981

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

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 12/01/2021 15:21:39
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011215213903200000071997784
Número do documento: 21011215213903200000071997784

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: 503688

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: 117188

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: 03771778482

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: 994995280

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: UPA IMBIRIBEIRA

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTÓPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - CARDIO

Leito: LEITO 07

H.M. - Hospital Dom Helder Câmara
Evangeliz C. Dias de Souza
Atendimento/SAME

10 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

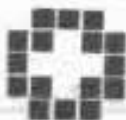
Alta em: 05/06/2019 Hora: 14h

Médico e C.R.M.:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G.:





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: Proctotomia de nódulo distal
Tipo de anestesia: bloqueio de plexo
Equipe: Dr. Eduardo Anestesiista: 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	<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 79 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
Cirurgiã Geral
CRM: 032.888-000-000



 HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA		SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA BLOCO CIRÚRGICO - SRPA		 GESTÃO IMIP HOSPITALAR	
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 decúbito 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: _____			

CÓD. 38805



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página: 0001
Data: 04/06/2019
Hora: 12:28

Atendimento de Cirurgia: 41557
Paciente: 117185
Convênio Atend.: 1
Leito: 657
Dt. Início:
Cid Pré-Operatório:
Cid Pós-Operatório:

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

Atendimento: 503888
Carteira:
Idade: 38 Anos

Procedimento: 0408020431
Convênio: 001
Anestesia: 39

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULNA (PRINCIPAL)
SUB - INTERNACAO
BLOQ DE PLEXO BRAQUIAL + SEDACAO

KCH - Hospital Dom Helder Câmara
R. Anacleto C. Dias da Silva

QUIRURGIAO
ANESTESISTA

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

28 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 DRÁSTICAMENTE 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

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA



HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: Jose Carlos Dutra da Silva Registro: 157135 N° Atendimento: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração:

História da Doença Atual:

Paciente refere sintoma (aa) motor distônico logo
com tremor no pulso e

Interrogatório Sintomático:



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 PRÓPRIO, 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 - 197

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

Data Impressão: 03/06/2019 23:21

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



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: IACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Endereço: RUA DO CAMPO

41

Bairro: GUARARAPES

Cidade/UF: JABOATAO DOS GUARARAPE PE

Usuário Atendimento: EDJANE PB

RG (Identidade): 6198210

SSP PE

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 03771778492

Fone: 994996280

Cartão SUS:

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Altura: Temperatura: Hora:

Queixa Principal

Paciente refere dor no membro superior direito com trauma recente.
Dor no membro superior direito.
Dor no membro superior direito.

Exame Físico

Obs limitação de ADM do membro E.
Membro superior direito.

Diagnóstico

Fratura articular rádio distal E

Conduta Terapêutica

Internar.

Prescrição Médica

1) TAC membro E

Vinícius S. Costa
CRM 17726

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:

409100



Exame Físico: Don e exame em qual E.

Antecedentes Pessoais: /

Medicações em Uso: /

Antecedentes Familiares: /

Hipótese Diagnóstica Principal: Fratura de raio lateral E

Hipóteses Diagnósticas Secundárias: /

Plano Terapêutico: Intervenir

Cabo de Santo Agostinho, 09/06/18

Assinatura e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES / PE
Hospital Metropolitano Sul - Dom Hélder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE



RAIO-X		
DATA	LOCAL DO CORPO	QUANTIDADE DE VIEWS
04/06/19	PUNHO (E)	02



	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
8. Desidratação (/)	() Registrar frequência, volume e aspectos da diurese a cada / h	
	(/) Avaliar e registrar umidade de mucosa	
	() Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária	
	(/) Registrar turgor e elasticidade da pele	
9. Êmese (/) Náusea (/)	() Outros	
	(/) Registrar aspectos e quantidade de episódios	
	(/) Verificar posicionamento da SNG/SNE	
	(/) Manter decúbito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada	
10. Temperatura Corporal (/) Diminuída () Elevado	() Outros	
	() Aferir temperatura de ____ / ____ h e comunicar se estiver abaixo de 35º C ou acima de 37ºC	
	(/) Em caso de hipotermia aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica	
	() Em caso de hipertermia retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente	
11. Choque Hipovolêmico (/)	() Outros	
	() Aferir sinais vitais a cada ____ / ____ min.	
	(/) Avaliar coloração e umidade da pele	
	(/) Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O.	
12. Risco de Infecção (/)	Verificar sinais como: () Taquicardia; (/) Palidez cutânea; () Pulso Irregular; (/) Pele fria; () Perda da Consciência	
	Outros-	
	(/) 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

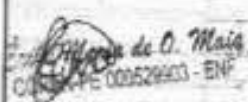
PA - Pressão Arterial

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



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Jose Carlos Santos da Silva Registro: 117.183

Clinica: TRC Enfermaria: 202 Leito:

Data/Hora	
04/06/19	# TRC #
00:50	Paciente DEB, inquieto, desorientado.
	MO: Fratura simples distal F.
	ED: internamento
05/06/19	# TRC #
8h	Paciente sem queixas
	FO com bom aspecto
	Alta hospitalar.
06/06/19	Paciente, Permeante, Orientado, SRKA 3D/10 Final de Rod
	distal F. Sem queixas. Mobil ao toque. Permeante
	espontânea P. limítima. Alívio notável e
	segue de alta hospitalar com medicação.
	Ende 10/06/19 de O. Mello
	CORDEIRO DE MELLO JUNIOR





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: 444-185
Leito de origem: _____

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Ft. fratura de rádio distal
Tipo de anestesia: bloqueio de plexo
Equipe: Dr. Eduardo Anestesista: Dr. D. L. B. B.

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	105 x 91	117 x 79	117 x 81	
FR						
FC	67	62	65	63	65	
SaPO ₂	94%	96%	96%	97%	97%	
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: 110 x 80 FR: 60 SaPO₂: 97 Glasgow: 15

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

Data: _____ Horário: _____ Responsável pelo ericamint

Alta da SRPA pelo médico: _____



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 helder

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 NAO 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 BIDEUTILADA C/10ML		METRONIDAZOL 5MG/100ML	
ÁGUA BIDEUTILADA C/500ML		MIDAZOLAM 5MG/3ML	
ALFENTANIL 0,5MG/5ML		MILRINONA 1MG/20ML (PRIMACOR)	
ATRACURIN 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	
SUPIVACAÍNA C/ADRENALINA 0,5% C/20ML		NEOMICINA + BACITRACINA POMADA	
SUPIVACAÍNA ISOBARICA 0,5% C/4ML		NEOSTIGMINA 0,5MG/1ML	
SUPIVACAÍNA PESADA 0,5% C/4ML		NIPRIDE 25MG/2ML	
SUPIVACAÍNA 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	
CLONIDINA 150MCG/1ML		PROPOFOL 10MG/20ML	
CLONIDINA 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	
DEXTROCEETAMINA 10ML (CETAMINA 8+)		SULFENTANIL CITRATO 5MCG/2ML	
DIASEPAM 10MG/2ML		SUXAMETONIO 100MG	
DIFENIDRAMINA 50MG/1ML		TRAMADOL 50MG/1ML	
DIPIRONA 500MG/2ML		TRIGLICÉRIDOS CADEIA (TCM) 200ML	
DIBUTAMINA 250MG/20ML		VITAMINA C 500MG/5ML	
DOPAMINA 50MG/10ML		VOLUVEN 6% C/500ML	
EPINEFRINA 1MG/1ML			
ETILEFRINA 10MG/1ML			
ETOMIDATO 2MG/10ML			
FENTANIL 0,075MG/10ML			
FENTANIL 0,075MG/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 5.000U/ML C/5ML			
HIDROCORTISONA 500MG			
IPSILOM 4G C/10ML			
LIDOCAÍNA 2% C/ADRENALINA C/20ML			
LIDOCAÍNA 2% S/ADRENALINA C/20ML			
LIDOCAÍNA 2% GEL			
MANITOL 20% C/250ML			
METARAMINOL 10MG (ARAMIN)			
NETIL PREDNISOLONA 500MG			
METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML			
METOPROLOL 5MG/5ML (SELOKEN)			



Prescrição.: 1746433 - 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. Corporal:

Informação.: 03/06/2019 20:54 0 Dias(a) Int

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

Unid. Int.: Leito.: Cobertura:

Cid.: M790 DOR EM MEMBRO Cód.: /

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 DE PROC EXAMES

PROCEDIMENTOS-MEDICOS	Qtd	Unidade	SN	Api	Frequência	Data/Horário
3 TALA GESSADA AXILO PALMAR M	1					03/06/2019 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	Api	Frequência	Data/Horário
4 CURATIVO ADULTO					Agora	

JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA
CRM 24967

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojc



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

Usuário: JORGEFAS

Atendimento: 1238651 Dt Nasc: 16/03/1981 (38a 2m 22d)

Convênio: SUS - AMBULATORIO

Paciente: 225788 - JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

Peso: Altura: Sup. Corporal:

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 Cidc:

Diagnóstico:

Protocolo:

Classificação de Risco: URG

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

FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Assinatura do Responsável



Classificação de Risco: URGENTE

Alergias: ABCIXIMAB, NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

EXAMES IMAGEM

	Ctx	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2. RX PUNHO ESQUERDO A.P. / PERFIL						03/06/21:14
Exame: 317183						

JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA
CRM 24967


Dr. Marcellino Silva

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs





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: 0000225768 Cód. Atendimento: 01238681
Nome do Hospital: Hospital Dom Helder
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 rádio distal e fechada

Recife, 03 de Junho de 2019

Médico: JORGE FERRAZ ARAÚJO DA SILVA
CRM: 24967

Dr. Jorge Ferraz
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 24.967



EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO			
Nome:	SOL CARLOS DUTRA		
Clínica:	Enfermaria:	Registro:	117165
Diagnóstico:	Data:	03/06	Hora:
Plantão Noturno			
1 - Queixas do paciente:	Sem queixas		
2 - Estado Geral/Nível de consciência:	Estável, consciente		
3 - Pele/mucosa:	Hiperemática		
4 - Aparelho cardiovascular:	HR: 90	PA: 110/70	FC: 90
5 - Aparelho respiratório:	FR: 20	Oxigenoterapia:	
6 - Aparelho gastrointestinal:	Dor abdominal		
7 - Aparelho Geniturinário:	Sem alterações		
8 - Aparelho locomotor:			
9 - Exames laboratoriais:			
10 - Exames de imagem:			
11 - Lesões/Curativos:			
12 - Observações:			
13 - Prescrição de Enfermagem:	Sem fôlego SEM a cada 6/6 horas.		
14 - Alta: Transferência ()	Local ()	Melhorada ()	Óbito () Evasão ()
Hora:			
Enfermeiro/ assinatura e carimbo:			



COD. 38283



Anotações do Técnico em Enfermagem

Nome: José Carlos Registro: 137185

Clinica: Enfermaria Leito: 137185

Diagnóstico: Data:

Plantão Diurno

Estado Geral: Regular

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

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

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

Drenos: Sim () Não (✓)

Diurese: Espontânea (✓) SVD () Outros:

Evacuação: Presente (✓) Ausente ()

Observações:

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

Técnico em enfermagem:

Horário	SINAIS VITAIS					CONTROLE HÍDRICO								
	HGT	FC	PA	Sat. O2 e FR	TEMP.	GANHOS					PERDAS			
						DIETA	NPT	HDT	MEDIC.	Transfusão	DRENO	DIUR.	EVAC.	HDL
08														
09														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														



LAUDO MÉDICO

Data de Atendimento:

19/6/19

Nº PRONTUÁRIO:

117125

NOME DO PACIENTE:

João Carlos Dutra do Siqueira

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Ex op de dentes de realce
CID: dentose (E), fratura em
562 avulsão

OBS.:

Nº DIAS

1

AFASTAMENTO DO TRABALHO

Assinatura do Médico
Carimbo

COD. 38391





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



Anotações do Técnico em Enfermagem	
Nome: <u>Apri Pontes Lourenço da Silva</u>	Registro: <u>11.185</u>
Clínica: <u>107</u>	Enfermaria: <u>Verde</u> Leito: <u> </u>
Diagnóstico: <u> </u>	Data: <u>03/06/14</u>
Plantão Noturno	
Estado Geral: <u>Regular</u>	
Dieta: VO (☒) SNE (☐) GTT (☐) Dieta zero (☐)	
Padrão respiratório: espontâneo (☒) AVM (☐) VNI (☐) Cat. 02 (☐) Venturi (☐)	
Acesso Venoso: Periférico (☒) Central (☐) Local: <u> </u> Data da troca: <u> </u>	
Drenos: <u> </u> Sim (☐) Não (☒)	
Diurese: Espontânea (☒) SVD (☐) Outros: <u> </u>	
Evacuação: Presente (☐) Ausente (☒)	
Observações: <u> </u>	
Alta: Transferência (☐) Local <u> </u> Melhorada (☐) Óbito (☐) Evasão (☐)	
Técnico em enfermagem: <u>A. G. Almeida</u>	

Horário	SINAIS VITAIS					CONTROLE HÍDRICO								
	HGT	FC	PA	Sat. O2 e FR	TEMP.	GANHOS					PERDAS			
						DIETA	NPT	HDT	MEDIC.	Transfusão	DRENO	DIUR.	EVAC.	HDL
20														
21														
22														
23														
24														
01														
02														
03														
04														
05														
06														
07														
08														





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM-SAE
HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA



EMERGÊNCIA

Nome: Son Carlos Dutra da Silva Registro: 117185
Clínica: Urologia Setor: Urologia Lator: 03/06
Data: 03/06 Hora: 12

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

1. Padrão Ventilatório
() Normal () Prejudicada

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- (x) Manter decúbito elevado a 45 graus.
() Aspirar VAS com técnica asséptica S/N
() Monitorar e registrar condição respiratória.
() Manter VAS Pervias.
() Outros:

HORÁRIO

2. Padrão Alimentar
() Normal () Diminuído
() Aumentado

- () Solicitar Avaliação Nutricional
() Peser Diariamente
() Registrar Acalação Alimentar
() Outros:

3. Padrão Arterial
() Normal () Diminuído
() Aumentado

- (x) Verificar e Registrar pressão arterial de 66 06 12
() 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

- (x) Verificar e registrar temperatura corporal de 36,5 06 12
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

- (x) Verificar e registrar Glicose Sanguínea de 66 06 12
() Outros:

7. Náuseas ()

- () Orientar/Manter decúbito elevado por 2 horas após as refeições

8. Vômitos ()

- () Registrar e comunicar frequência e características do vômito
() Outros:

9. Integridade de Pele

() Prejudicada () Normal

- () Avaliar, Registrar e comunicar alterações.
() Realizar higiene íntima após eliminação
() Realizar troca de curativos do
() Acompanhamento nutricional
() Outros:

10. Depressão ()

11. Abuso de Álcool ()

- () Manter vigilância constante
() Supervisionar e registrar nível de agitação do cliente
() Manter grades elevadas
() Acompanhamento Psicológico
() Outros:

12. Risco de Aspiração ()

- () Manter decúbito a 45°
() Testar funcionamento da SNG/SNE antes da medicação
() Outros:

13. Risco de Infecção ()

- () Evitar manuseio excessivo do paciente
() Anotar e comunicar alteração de temperatura $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$
() Registrar e avaliar presença de sinais fisiológicos
() Auxiliar 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: União Lado: --- Pac: --- Altura: ---

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Eduardo Gomes Anestesiologista: Dr. Roberto Madjari
Assistente: --- 2º Auxiliar: --- Instrumentador: ---

3 - LADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Ataque: Sutura de Radio Dextra Início: 11:45 Término: 12:20
Anestesia: Torácica de Perna Início: 11:15 Término: 12:20

4 - PRE-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 () Page Cirúrgica: Sim ()

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso (X) Monitor Cardíaco (X) PNI (X) Bomba CEC () Aspirador ()
Cabo de Fio () Sonda Ultrasônica () Artroscópio () Microscópio () Capnógrafo ()
Bisturi Elétrico (X) Local da Placa Perna (X)
Cabo de Anestesia () Difusor () Intensificador (X) Nº: ---
Ap. Vídeo () Bomba de Infusão ()
Origem: () Início: --- Término: ---
Protótipo: () Início: --- Término: ---
Gás Carbônico: () Início: --- Término: ---
Outros: ---

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Cateter Urinário: Sim () Não (X) Função Venosa: Sim () Não (X)
Sonda Vesical de Demora: Sim () Não (X) Sonda Gástrica: Sim () Não (X)
Drenagem (Tipo e Local): Sim () Não (X)
Cateter (Tipo e Local): Sim (X) Não () NS (X)

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: Ataque usado em Anestesia Torácica de Perna, ao
procedimento do paciente. CIRURGIA: Materiais usados em Perna
ao procedimento do paciente.

6 - OBSERVAÇÕES:

Início da cirurgia às 11:45
às 12:20

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

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

Data: 04/06/19 Hora: --- Enfermeiro: Enica Circulante: Bethy

COD. 38697







Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara
IMIP Hospitalar
CNPJ: 09.039.744/0008-50

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

Nome: JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

Mãe: IVA MARIA DA SILVA

End: RUA DO CAMPO

Enferm.: LEITO 07

Atendimento: 503888

Leito: 657

Di. Cad: 03/08/2018

Di. Nasc: 19/03/1981

Bairro: GUARARAPES

Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES

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

- ☒ Site 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? *2h*

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

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

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

☐ Sim

☐ Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

☒ Sim

☐ Não se aplica

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- ☒ Nome do procedimento realizado *Prot. Bng de Rodo Ristal*
- ☒ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica) *Sim*
- ☒ Biópsias estão identificadas com o nome do paciente *PC*
- ☒ Houve algum problema com equipamentos que devam ser resolvido *Ver*
- ☒ 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. Maria
CCB-RE-000000000 - ENF



FICHA DE ANESTESIA

Dietary

Acomodación

04 06 19

Faciente	Nome	Idade	Risco
João Carlos Dutra de Lira	17	38	I

Nome do Cristetizado	Nome do Curupito
51853 Helvono Spencer	Edmundo Amuniz

Medicação Pré- anestésica ☒ SIM ☐ NÃO ☐ SIM

tratamento cirúrgico de fratura de antebraço distal eq

Run Date 11/25	11:45	12:45	13:45			Drops Used	Quantity
-------------------	-------	-------	-------	--	--	------------	----------

Firstmil 100 + 50

midpoint $5+5m$

leptogaster - 2/21
Dex. mitagaster 12

Liquid

53	58	53
----	----	----

57

Diameter 201	m
--------------	---

[illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible][illegible]

Rapio 35% - 100mg

bio 1/2 cr: 400 mg

1) Melawan Evco
setelah 2000

② Bromo de

flux magn

erguido

21

18-11-50 - Barro Negro dispenses di...

multiplex e o teste físico do

Monitorização	☐ SIS	Encaminhado	Intercomunicar	☒ NÃO	☐ SIM	<i>Anato mil</i>
---------------	------------------------------	-------------	----------------	---	------------------------------	------------------

☒ Cardiotópico
☐ Temperatura
☐ Acetato
 Desconhece: no INTRACON

☒ Final	☐ Chassis-Unit	☐ Concerto	☐ Introductions	☐ live in aiguma
--	--	--	---	--

☐ Sonda Vesical	☐ PVC	☐ Mucosa	Observações: <i>tra de megures apura</i>
☐ Capnógrafo	☐ Estimulador de Nervo	Destino	

☐ Esat. Pré-Cordial	☐ Letra Arteriel	☒ SRRRA	dos testes complementares
☐ Cúbito	☐ Mitocond. BPD Clav	☐ Auscult	com o udvsa

☐ Apartment
☐ UTI

☐ Externo neuroscienze
biologista in conve

Alanti = 10

CONFIDENTIAL

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 12/01/2021 15:21:39

 <https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011215213903200000071997784>
Número do documento: 21011215213903200000071997784

GOVERNADORIA DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

VALIDADEM TUDO O TERRITÓRIO NACIONAL 1933567289

ANTONIO DUTRA DA SILVA
CPF: 029.159.184-90 19/03/1961

YVES KARRA DA SILVA

1933567289

PERNAMBUCO

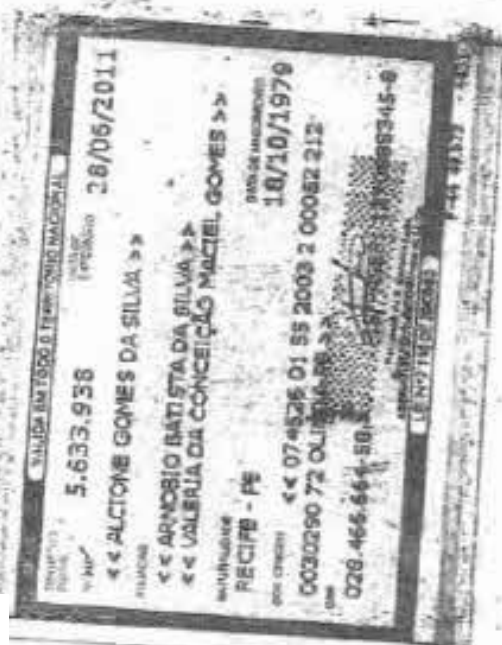
ANTONIO DUTRA DA SILVA
CPF: 029.159.184-90 19/03/1961

YVES KARRA DA SILVA

1933567289

PERNAMBUCO





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

AUTORGANTE: OSCAR DOS SANTOS SILVA
 brasileiro (a), estado civil: CASADO, profissão: MAQUINISTA
 portador(s) do RG nº: 6196210, órgão expedidor: SSP inscrito (a)
 no CPF sob o nº: 0377177892, residente na
RUA DO CAMPO - 41
 cidade: SABOATÃO Estado: PE, CEP: 54325-141
 telefone: 994996280 / 88889972 / (81) 9.8488-7333
 e-mail: _____

OUTORGADOS: FLÁVIO GUILHERME BRAGA DE CASTRO COTTINHO, brasileiro, divorciado, administrador, inscrito no CPF sob o nº. 024.944.714-27, RG Sob o nº 4851896 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. 028.450.554-58, RG Sob o nº 5.683958, com endereço profissional na Av. Prof. Agamenon Magalhães, nº 473, Vila Popular, Olinda/PE. CEP: 53.230.010. ERION ALBUQUERQUE GOMES, brasileiro, solteiro, auxiliar administrativo, inscrito no CPF sob o nº. 705.296.194-66, RG Sob o nº 8351765, 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 QPVT e à SUSIP.

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 GILLOSTRADA SILVA

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

[illegible]