
Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200084461

Vítima: CELIO ROBERTO DOS SANTOS

Data do Acidente: 21/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CELIO ROBERTO DOS SANTOS

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, 28 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200084461 Vítima: CELIO ROBERTO DOS SANTOS

Data do Acidente: 21/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CELIO ROBERTO DOS SANTOS

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 21 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200084461

Vítima: CELIO ROBERTO DOS SANTOS

Data do Acidente: 21/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CELIO ROBERTO DOS SANTOS

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **CELIO ROBERTO DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **001**

Agência: **000000714-5**

Conta: **000010025666-X**

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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 376.885.374-87 4 - Nome completo da vítima: Celso Roberto dos Santos

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

5 - Nome completo: Celso Roberto dos Santos 6 - CPF: 376.885.374-87
7 - Profissão: Vendedor 8 - Endereço: Rua São Beneditino
9 - Número: 3 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Escada 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.500-00
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (85) 99744044

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0719 5 CONTA: 25.866 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Escada, 18 de maio de 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 376.885.374-87 4 - Nome completo da vítima: Celio Roberto dos Santos

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

5 - Nome completo: Celio Roberto dos Santos 6 - CPF: 376.885.374-87
7 - Profissão: Curso 8 - Endereço: Rua São Benedito, meu 9 - Número: 3 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Escalvado 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.500-00
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (85) 99740111

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0719 5 CONTA: 25666 8 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Escalvado, 09 de março 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTE

Nº / ANO
L-2649/19



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



SD PM - VIALLÉ
PATRULHA - 335222-8
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA

I - LOCAL E DATA

COM ANEXO ☒ SEM ANEXO ☐

Município	ESCADA	Rodovia	PE-045	Km	
Ponto de Referência	USINA MASSAUASSU			Data	21/11/2019
Dia da Semana	QUINTA-FEIRA	Hora/Ocorrência	09:25	Hora/Cheg./Pr	09:45

II - TIPO DE ACIDENTE

ATROPELAMENTO	COLISÃO			CHOQUE	CAPOTAMENTO	ENGAVETAMENTO
Pedestre	Longitudinal	X	Frontal	Poste, Árvore	TOMBAMENTO	OUTROS
Animal	Transversal		Traseira	Muro, Casa	SAIDA DE PISTA	
				Veic. Parado		

III - CONSEQUÊNCIA

SEM VITIMA	COM VITIMA	X	MORTOS	FERIDOS	X
Nº/VEÍC. ENVOLVIDOS NO ACIDENTE	IDENT.	03	NÃO IDENT	-	TOTAL 03

IV - CONDIÇÕES CIRCUNSTANCIAIS

ACID. VERIFICADO		CONDIÇÕES/VIA		CONDIÇÕES/TEMPO		PERÍODO/DIA		SEMÁFORO	
Longo da Via	X	Seca	X	Bom	X	Manhã	X	S/Defeito	
Cruzamento		Molhada		Chuva		Tarde		C/Defeito	
Outros		Enlameada		Neblina		Noite		Desligado	
		Oleada		Garoa		Madrugada		N/Existe	X

V - CONTROLE DO TRÁFEGO

Policial		Placa “Pare”		MÃO DE DIREÇÃO		DIVISÃO DA VIA	
F. Pedestre		Placa “Dê a Pref.”		Única		Faixa Contínua	
F. Retenção		Não há Placas	X	Dupla	X	Canteiro Central	
						Blocos	
						Outros	X

VI - CONDIÇÕES DOS CONDUTORES

EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA – V1/V2/V3		COMPORTAMENTO - V1/V2	
Realizado no Local	V1	Permaneceu no local	V1/V3
Enc. Para Exame		Socorrido	V2
Não foi Realizado	V2	Evadiu-se	

VII - DANOS A PROPRIEDADE DE TERCEIROS

Proprietário	Tomou Conhecimento
Natureza das Avarias	

XII – INFRAÇÕES COMETIDAS

	V.1 / V.2		V.1 / V.2
Dirigir s/CNH (Art. 162, I CTB)		Deixar de Prestar Inform.s\ acid. (Art.176 VCTB)	
Conduzir Veic. ã Lic. (Art. 230 V CTB)		Desob. Ordens. do Agente trãns. (Art. 195 CTB)	
Conduzir Veic.s\ Doc. Porte Obrig. (Art. 232 CTB)		Conduzir Veic. C\ Lacre Violado (Art 230 I CTB)	
Dirigir Sob. Influen. Álcool (Art. 165 CTB)		Conduzir Veic. S\ Placa (Art 230 IV CTB)	
Deixar de Prestar Socorro à Vitima (Art 176 I CTB)		Conduzir Veic. C\ Placa Ileg. (Art 230 VI CTB)	
Deixar de Adotar Prov. P\ Evitar Perigo Trãns. (Art. 176 II CTB)		Conduzir Veic. Alter. De Caract. (Art 230 VII CTB)	
Deixar de Preserva Local de Acid. (Art. 176 III CTB)		Conduzir Veic. Defeito Equip. Obrig. (Art 230 IX CTB)	
Deixar de Remover Veic. Qdo Determ. (Art 176 IV CTB)		Outras	

XV – AVARIAS APARENTES

VEÍCULO – 01

EM ANEXO

VEÍCULO – 02

EM ANEXO**XVI – DADOS NECESSÁRIOS**

1. Reboque Efetuado	Polícia Militar	Particular	Não Efetuado	
2. Comunicado à Delegacia de	ESCADA – 63ª CIRC			Hora 16:30
Nome do Recebedor da Ocorrência	COMISSARIO ALEXANDRE			Matricula 273400-1
XVII – Responsável Pelo BAT	Posto/Grad.	SGT PM	Matricula	NOME NASCIMENTO
XVIII – Digitador da SSTA	SD PM YHALLE		Of. Chefe da SSTA	MAJ PM SWELLINGTON

CONFERE COM O ORIGINAL QUE
ME FOI APRESENTADO

DATA: 27 / 12 / 2019.

ASS: SD PM 112394-7 *[assinatura]*



SD PM - YHALLE
MATRÍCULA - 112322-0
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOTÁXICA



VIII - VEÍCULOS

QUANTO À TRACÇÃO - V1/V2		ESPÉCIE - V1/V2		CATEGORIA - V1/V2	
Automotor	V1/V2	Passageiro	V2	Oficial	
Elétrico		Carga	V1/V3	Representação	
De Propulsão Humana		Misto		Particular	V2
Reboque ou Semi-reboque	V3	Competição		Aluguel	V1/V3
		Tração		Aprendizagem	
		Especial			

IX - IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES

VEÍCULO - 01

Marca	IVECO	Modelo	S70538TN	Ano	2008/2009	Renavam	125753730	Placa	MGH-0943
Município			Nº do Chassis	93252MRH098804174			Veículo de Carga nº de Eixo		
Carregado			Apreendido			Liberado	X	Evadiu - se	
Proprietário	RODOVIARIO MONTE SERENO LTDA								
Residência						Bairro			
Município			Rg.		Org. Exp.		CNPJ	82.125.618/0001-42	
Condutor	JOSE ROBERTO GUEDES								
Residência	RUA MUSTARDA, 4150					Bairro	CURADI I		
Município	JAB GUARARAPES	Rg.	3113984	Org. Exp.	SSP PE	CPF	499.188.264-87		
CNH/Pront./ Nº	02328940600	Categoria		E	Validade		21/09/2021	Hora/Dir.	3H

VEÍCULO - 02

Marca	VW	Modelo	NOVO FOX	Ano	2015	Renavam	1046189236	Placa	PDW-8754
Município	ESCADA		Nº do Chassis	9BWAB45Z0F4054001			Veículo de Carga nº de Eixo		
Carregado		Apreendido			Liberado		X	Evadiu – se	
Proprietário	CELIO ROBERTO DOS SANTOS								
Residência	RUA SÃO BARTOLOMEU, 03						Bairro	NOVA DESCOBERTA	
Município	RECIFE	Rg.	35369	Org. Exp.	PMPE	CPF	376.885.374-87		
Condutor	CELIO ROBERTO DOS SANTOS								
Residência	RUA SÃO BARTOLOMEU, 03						Bairro	NOVA DESCOBERTA	
Município	RECIFE	Rg.	35369	Org. Exp.	PMPE	CPF	376.885.374-87		
CNH/Pront./ Nº	-	Categoria		-	Validade		-	Hora/Dir.	-

VEÍCULO - 03

Marca	SR	Modelo	NOMA SR	Ano	2006/07	Renavam	900802626	Placa	MEQ-3598
Município	SANTA CATARINA	Nº do Chassis		9EF08153071000441		Veículo de Carga nº de Eixo			
Carregado		Apreendido			Liberado	X	Evadiu – se		
Proprietário	RODOVIARIO MONTE SENTENO LTDA								
Residência						Bairro			
Município		Rg.		Org. Exp.		CNPJ	82.125.618/0001-42		
Condutor	VEICULO ATRELADO AO V1.								
Residência						Bairro			
Município		Rg.		Org. Exp.		CPF			
CNH/Pront./ Nºº		Categoria			Validade			Hora/Dir.	

TESTEMUNHA - 01

Nome		Idade		Sexo		Profissão	
Residência		Bairro					
Município		U.F.	Rg.	Org. Exp.		CPF	

VÍTIMA - 01

Nome		CELIO ROBERTO DOS SANTOS				Motorista		X	Passageiro		Pedestre								
Estado Civil		CASADO		Idade		-		Sexo		M		Nacionalidade		BRA		Naturalidade			
Profissão		POL. MILITAR		Residência		RUA SÃO BARTOLOMEU, 03						Bairro		NOVA DESCOBERTA					
Município		RECIFE		UF		PE		Rg.		35369		Org. Exp.		PMPE		CPF		376.885.374-87	
Socorrido		HOSP DOM HELDER										Município		CABO DE STO AGOSTINHO					
Dados Fornecidos Por		CELIO ROBERTO DOS SANTOS FILHO - F 81 99176-6657																	
Residência		RUA SÃO BARTOLOMEU, N 03												Bairro		NOVA DESCOBERTA			
Município		RECIFE		UF		PE		Rg.		6984895		Org. Exp.		SDS PE		CPF		089.257.854-80	



PM - YNALLE
PATRULHA - 115222-0
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA



IV - SIMBOLOGIA

Automóvel e Outros Veículos de 04 Rodas	
Ônibus, Caminhão ou Trator -	
Trem -	
Veículo de 2 ou 3 Rodas -	
Pedestre	
Animal -	
Objeto Fixo	

Incêndio -	
Marcha à frente -	
Marcha à Ré -	
Derrapagem -	
Capotamento ou Tombamento -	
Local da colisão -	
Depois da Colisão -	

XIII - CROQUI

EM ANEXO



SD PM - VILLE
PATRULHA - 23522-0
BATALHÃO DE POLÍCIA ROTATIVA



SD PM - VILLE
PATRULHA - 23522-0
BATALHÃO DE POLÍCIA ROTATIVA



BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRAFEGO E ACIDENTE

ANEXO AO B.A.T. Nº

I - CONDIÇÕES DOS CONDUTORES

EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA - V3/V4		COMPORTAMENTO - V3/V4	
Realizado no Local		Permaneceu no local	
Enc. Para Exame		Socorreu a Vítima	
Não foi Realizado		Evadiu-se	

II - VEÍCULOS

QUANTO À TRACÇÃO - V3/V4		ESPÉCIE - V3/V4		CATEGORIA - V3/V4	
Automotor		Passageiro		Oficial	
Elétrico		Carga		Representação	
De Propulsão Humana		Misto		Particular	
Reboque ou Semi-reboque		Competição		Aluguel	
		Tração		Aprendizagem	
		Especial			

III - IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES

VEÍCULO - 03

Marca		Modelo		Ano		Renavam		Placa	
Município		Nº do Chassis							
Carregado		Apreendido				Liberado		Evadiu - se	
Proprietário									
Residência						Bairro			
Município		Rg.		Org Exp.		CPF			
Condutor									
Residência						Bairro			
Município		Rg.		Org. Exp.		CPF			
CNH/Pront./ Nº		Categoria		Validade				Hora/Dir.	

VEÍCULO - 04

Marca		Modelo		Ano		Renavam		Placa	
Município		Nº do Chassis							
Carregado		Apreendido				Liberado		Evadiu - se	
Proprietário									
Residência						Bairro			
Município		Rg.		Org Exp.		CPF			
Condutor									
Residência						Bairro			
Município		Rg.		Org. Exp.		CPF			
CNH/Pront./ Nº		Categoria		Validade				Hora/Dir.	

VEÍCULO - 03 / VEICULO - 04



Q. S.
SD PM - VIOLLE
MATRÍCULA - 115222-6
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA



BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRAFEGO E ACIDENTE

ANEXO AO B.A.T.N.º

100A-1-2649/19
M-10872547

I - CONDIÇÕES DOS CONDUTORES

EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA - V ³ / IV		COMPORTAMENTO - V ³ / IV	
Realizado no Local		Permaneceu no local	V ³
Enc. Para Exame		Socorreu a Vítima	
Não foi Realizado	V ³	Evadiu-se	

II - VEÍCULOS

QUANTO À TRACÇÃO - V ³ / IV		ESPÉCIE - V ³ / IV		CATEGORIA - V ³ / IV	
Automotor		Passageiro		Oficial	
Elétrico		Carga	V ³	Representação	
De Propulsão Humana		Misto		Particular	
Reboque ou Semi-reboque	V ³	Competição		aluguel	V ³
		Tração especial		aprendizagem	

III - IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES

VEÍCULO - V ³

Marca	Modelo	ANOMIA SR	Ano	Renavam	900 800626	Placa	MEI-3598
Município	VIA-TRA-SC	Nº do Chassis	915081530-1000001				
Carregado		Apreendido		Liberado		Evadiu - se	
Proprietário	DOMINIANO MONTE SERRA LTDA						
Residência				Bairro			
Município		Rg.		Org Exp.		CIC.	PM/PA-321256180001-42
Condutor	JOSE ROBERTO GUEDES						
Residência				Bairro			
Município		Rg.		Org Exp.		CIC.	PM/PA-321256180001-42
CNH/Pront./ Nº	02328410000	Categoria		Validade	21-09-2021	Hora/Dir.	03H4

VEÍCULO - —

Marca	Modelo	Ano	Renavam	Placa
Município	Nº do Chassis			
Carregado	Apreendido		Liberado	Evadiu - se
Proprietário				
Residência			Bairro	
Município	Rg.	Org Exp.	CIC.	
Condutor				
Residência			Bairro	
Município	Rg.	Org Exp.	CIC.	
CNH/Pront./ Nº	Categoria	Validade	Hora/Dir.	

VEÍCULO - V ³

NÃO HOUVE AVALIAÇÃO

JOSE ROBERTO GUEDES
ASS. DO CONDUTOR DO V ³

VEÍCULO - —

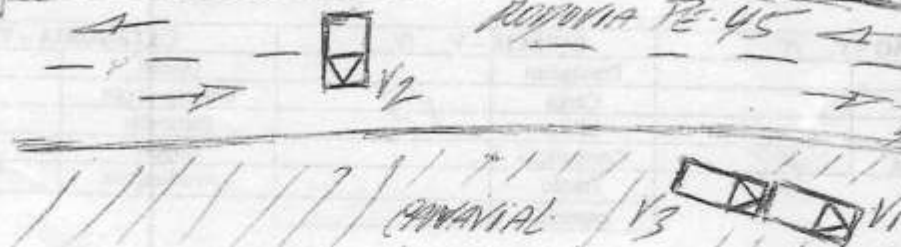




XII - INFRAÇÕES COMETIDAS

	V1	V2	
Dirigir s/ CNH (Art. 162, I, CTB)	☒	☐	Deixar de prestar inform. s/ (Art. 176, V, CTB)
Conduzir veíc. s/ doc. Port obrig. (Art. 232 CTB)	☐	☐	Descob. Orladas do Agente Trans (Art. 195 CTB)
Conduzir veíc. s/ doc. Port obrig. (Art. 232 CTB)	☐	☐	Conduzir veíc. s/ lacre violado (Art. 230, I, CTB)
Dirigir sob influência álcool. (Art. 165 CTB)	☐	☐	Conduzir veíc. s/ placa (Art. 230, IV, CTB)
Deixar de prestar socorro à vítima (Art. 176, CTB)	☐	☐	Conduzir veíc. s/ placa ileg. (Art. 230, VI, CTB)
Deixar de adotar prov. p/ evitar perigo trans. (Art. 176, CTB)	☐	☐	Conduzir veíc. Alter. De caract. (Art. 230, VII, CTB)
Deixar de preservar local de acíd. (Art. 176, III, CTB)	☐	☐	Conduzir veíc. Defeito equip. obrig. (Art. 230, IX)
Deixar de remover veíc. Qdo Determina (Art. 176, IV, CTB)	☐	☐	Outras: _____

XIII - CROQUI



XIV - SIMBOLOGIA

	Automóvel e outros veículos de 3 rodas		Incêndio
	Ônibus, Caminhão e Trator		Marcha à Frente
	Trem		Marcha à Ré
	Veículo de 2 ou 3 Rodas		Derrapagem
	Pedestre		Capotamento ou Tombamento
	Animal		Local da Colisão
	Objeto Fixo		Depois da colisão

XV - AVARIAS APARENTES

VEÍCULO - 01

QUEBRAMEN-TO; FAROL ESQUERDO, FAROLIS DE MILHA ESQUERDO, FAIXA-CHUQUE DIANTEIRO, ESPALHA LADO ESQUERDO DE TODA DA PASTIN-PAÇO NO LADO DA RUFA ESQUERDA DO FRENTO CENTRAL
Joso Roberto Guedy
Ass. do Comandante do V1

VEÍCULO - 02

OS LUIS MATEUS COMANDANTE E PASSAGEIRO, PERMANECERAM NA RUFA. LAM-PLANTEIRO ESQUERDO, RUFA DIAN-TERA ESQUERDA, COLUNA DIANTEIRA ESQUERDA, BOLTINA ESQUERDA, TETO, QUEBRAMEN-TO, PARECHUQUE DIANTEIRO, FAROL ESQUERDO, PARABRISA DIANTEIRO, INTERVIR-ESQUERDO LADO ESQUERDO, RUFA DIANTEIRA ESQUERDA, FAROLIS DE MILHA DIANTEIRO ESQUERDO, VÍDEO DA RUFA DIANTEIRA ESQUERDA, PAINEL FAIXA DIANTEIRO ESQUERDO RACHADO.
Ass. do Comandante do V2

XVI - DADOS NECESSÁRIOS

1 - Reboque efetuado: Polícia Militar ☐ Particular ☐ Não efetuado ☐
2 - Comunicado à Delegacia de: ESPANA 63ª ORGANIZADA Hora: 16:50
Nome do receptor da ocorrência: COMANDANTE AL-THAMPE Matricula: 273400-1

XVII - RESPONSÁVEL PELO BAT.	POSTO/GRAD.	MATRICULA.	NOME:
	S-83-AM	30481-6	AL-THAMPE
			ASS: [Signature]

XVIII - Datilógrafo SSTA: _____ Of. Chefe SSTA: _____





BATALÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTES - (SSTA)



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR (ANEXO AO BAT Nº 12649/2018)

DESCREVA ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE:

M-10872547

MOT. JON ROBERTO TRAFEGANDO NA PE 45
SENDO O VEICULO DE SANTO ANTAO UM
VEICULO FOX ENXARIL A FAIXA COLIDINDO
NA LATERAL ESQUERDA DA CARRETA
O MESMO COLOCOU A MÃO DO LADO DE FORÇA
DO SEU VEICULO FOX BRANCO PLACA POW 8754

Veículo: IVECO 380 CARRETA

Nome do Condutor: José Roberto Guedes

RG: 3113984

Órgão Expedidor: _____

CPF: 49918826487

Placa do Veículo: MBH 0943

Data: 21/11/19

Hora: 09:20

Assinatura: José Roberto Guedes

Observação:

- 1) O Condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando de letra de forma legível;
- 2) O Procedimento ilegível será de responsabilidade do signatário.





BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTES - (SSTA)



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR (ANEXO AO BAT Nº

L-2649/19

DESCREVA ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE.

M-10872547

O condutor do Vi. V-3 Foi atendido para o atendimento hospitalar

Veículo: *Caminhão Tiveco Tralindo*
Nome do Condutor: *JOSE ROBERTO GUARES*
RG: *3413984* Órgão Expedidor: *ESP-12* CPF: *499188264-87*
Placa do Veículo: *MGH-0945* Data: *21/11/2019*

Assinatura: _____

Observação:

- 1) O Condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando de letra legível;
- 2) O Preenchimento ilegível será de responsabilidade do signatário.





POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA

BOAT Nº 1-2649/2019

ANEXO IV

M-10872547

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

OBS: O Condutor do VI Foi conduzido para efetuar o teste de alcoolemia no ETILOMETRO, N: SPAN ARAB-0124, MARCA MODELO MARCA ALCOHOL, FOLIO PUS RS E QUE O TESTE FOI REALIZADO O TESTE DE ALCOOLAMIA SENDO O RESULTADO DE 0.00 MG/L

- O Condutor do VI Foi conduzido para o atendimento hospitalar pelo TRANSCORTE QUE ESTAVA COM O VEICULO DE MARCA HUGO-5672, APÓS FOI VERIFICADO E CONFIRMADO QUE O CONDUTOR DO VI NÃO POSSUIA CATEGORIA NACIONAL DE HABILITADO, E QUE FOI NOTIFICADO, CONDIÇÃO DE INFRAÇÃO 5010-0, CONFORME ART NÚMERO H-011530516 E TUDO N: 00111308-9

- O Condutor do VI, Foi encaminhado e entregue na PRISÃO DA CIDADE DE ESPARA

- Condição de infração 12-VIOLAR UP-27, TACITO, LUIZ JESUS, MATRÍCULA 38673-9, AS 15:00H

- O VEICULO ENVOJADO NO ACIDENTE DE TRANSITO VW NOVO FOX EL DE COR BRANCA DE MARCA FOLIO-8750, JUNTAMENTE COM PRV E VIA DE NOTIFICAÇÃO FOI ENVIADA PARA O FILHO DA VITIMA SR. PAULO ROBERTO DOS SANTOS FILHO PNH-05156719400, ATUAL-PE, PAT. DE VÁLIDA-05-01-2021, CONFORME ASSINADO NO B.O. M-10872547

- A ARMA DE FOGO (PISTOLA Taurus, modelo 380 MO-VEL 524C DE NÚMERO DE SÉRIE K00-66727) COM UM CARREGADOR E 17 MÚNCULOS, MARCA Taurus, modelo 380, JUNTAMENTE COM OS SEGUINTES DOCUMENTOS: RG FUNCIONAL, CNH, PARTEIRA, CARTÃO, TUDO COM ALGUNS CARTÕES E A IMPORTANCIA EM ESPÉCIE DE 2000 (DUZENTOS E SESSENTA REAIS) QUE EM MOMENTO POSTERIOR, FOI ENTREGUE A FAMILIA DE PERNAMBUCO AO SR. PM 107729-5 (LUIZ SILVA DO 21.º BPM) MEDIANTE ASSINATURA EM BOLETIM DE Ocorrência NA DELEGACIA DA CIDADE DE ESPARA

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO

GRAD/MAT/NOME





Jailson L. da Silva
Comissário de Polícia
Mat. 350.755-6

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 063ª CIRCUNSCRIÇÃO - ESCADA - DP63ªCIRC
DINTER/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0153000002

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 02/01/2020 às 09:50

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 21/11/2019 às 09:25

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE QUARENTA E CINCO, 1 - Bairro: RIACHO DO NAVIO - ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO A MASSAUASSU**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SEM AUTORIA (AUTOR AGENTE)
CELIO ROBERTO DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): CELIO ROBERTO DOS SANTOS

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

CELIO ROBERTO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSEFA HENRIQUE DOS SANTOS** Pai: **NÃO DECLARADO** Data de Nascimento: **27/7/1965** Naturalidade: **ESCADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **35369/PM/PE (RG), 37688537487 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **POLICIAL MILITAR** Telefones Celulares: **- 91808385**

Endereço Residencial: **RUA SAO BARTOLOMEU, 3 - CEP: 0 - Bairro: NOVA DESCOBERTA - ESCADA/PERNAMBUCO /BRASIL**

SEM AUTORIA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CELIO ROBERTO DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CELIO ROBERTO DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/VW/FOX** Objeto apreendido: **Não**

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DE ESCADA - CARTÓRIO ÚNICO

TABELÃO TÍPICO: ELIAS MATHIAS DOS SANTOS / SUBSTITUTO: MARCELLE MATHIAS COSTA DOS SANTOS

Autenticação de Documento. 13/01/2020 16:24:18
Confere com o original que me foi apresentado. Dou fe.
Marcelle Mathias Costa dos Santos - Subst. - 1547 - R\$ 0,81
Selo Digital N. 0077594.YRY12201901.01157 - Total R\$ 4,33
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

AV. DR. JOSÉ HENRIQUE, 198 - CENTRO - ESCADA/PE - CEP: 55.500-000 - TEL. (81) 3544-1555 / 3712

02/01/2020 10:59



Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**Placa: **PDW8754** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **104618923** Chassi: **9BWAB45Z0F4054001**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DP CELIO ROBERTO RELATANDO QUE ESTAVA TRAFEGANDO PELA PE 45 QUANDO COCHILOU PERDENDO O CONTROLE DO SEU VEICULO VINDO A BATER EM UM CAMINHÃO QUE VINHA DO LADO CONTRARIO . QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL REGIONAL DE ESCADA E DEPOIS TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DOM HELDER CAMARA. ATENDIDO COM PRONTUARIO 122319 PELO MEDICO IJACIEL SOARES CRM 17726, IGOR ABUTRAB CRM 27778 E ENFERMEIRA ALCINEIDE MENEZES COREN 256038. VITIMA COM FRATURA EXPOSTA OSSO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO + PUNHO, LESÃO DE NERVO INTEROSSEO.

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


CELIO ROBERTO DOS SANTOS
(VITIMA)B.O. registrado por: **JAILSON LAPENDA LOPES DA SILVA** - Matrícula: **350755-6****SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DE ESCADA - CARTÓRIO ÚNICO**

TABELÃO TITULAR: ELIAS MATHIAS DOS SANTOS | SUBSTITUTA: MARCELLE MATHIAS COSTA DOS SANTOS

Autenticação de Documento.

Confere com o original que se foi apresentado. Dou fe.

13/01/2020 15:56:45

Marcelle Mathias Costa dos Santos - Subst.

Custas R\$ 3,82

Seio Digital 11.0077594.PFN2201901.01132

TSNR R\$ 0,81

Consulta autenticidade em www.tjpe.jus.br/seiodigital

Total R\$ 4,63

AV. DR. JOSE HENRIQUE, 198 - CENTRO - ESCADA/PE - CEP: 55.500-000 - TEL: (81) 3614-1555 / 3712



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200084461 **Cidade:** Escada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CELIO ROBERTO DOS SANTOS **Data do acidente:** 21/11/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA ANTEBRAÇO ESQUERDO. P4,38

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. P4,15,30.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 376.885.374-87 4 - Nome completo da vítima: Celso Roberto dos Santos

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

5 - Nome completo: Celso Roberto dos Santos 6 - CPF: 376.885.374-87
7 - Profissão: Peixeiro 8 - Endereço: Rua São Bartolomeu 9 - Número: 3 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Escada 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.500-00
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (85) 99744044

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0719 5 CONTA: 25.866 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Escada, 18 de maio de 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CELIO ROBERTO DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00714-5

CONTA: 000010025666-X

Nr. da Autenticação 371B41C6DEE5BAFB



NOTA FISCAL * FATURA * CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

CELIO ROBERTO DOS SANTOS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SAO BARTOLOMEU 3

CPF 378 895 374-87

CENTRO/ESCADA
ESCADA PE
55500-000CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CONTA CONTRATO	PERÍODO
0124851033	12/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
16/01/2020	13/01/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	155,16

Nº DA NOTA FISCAL	DATA	CONSUMO
080583801	ÚNICA	16/12/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CILINDRO	Nº DA VOTAÇÃO
18/12/2018	3000001083	1083787

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	177,0000000	0,75727674	134,05
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,58
Acrescimo Bandeira VERMELHA			5,23
Contrib. Ilum. Pública Municipal			13,30
ICMS Subvenção-CDE-UF 080850178-14/10/19			1,02
TOTAL DA FATURA			155,16

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DEBTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
3190970369	CAT	13.11.2019	963,00	16.12.2019	1.140,00	33	1,00000		177,00

PERÍODO DE CONSUMO	PERÍODO DE TRIBUTAÇÃO	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
DEZ 19 177	BASE DE CÁLCULO	Geração de Energia R\$ 47,58 33,77%
NOV 19 150	%	Transmissão R\$ 5,23 3,73%
OUT 19 157	VALOR DO IMPOSTO	Distribuição (Celpe) R\$ 31,86 22,62%
SET 19 132	ROFMS	Perdas de Energia R\$ 10,03 7,12%
AGO 19 152		Encargos Setoriais R\$ 7,40 5,31%
JUL 19 146		Tributos R\$ 30,68 27,45%
JUN 19 138		Total R\$ 148,84 100%
MAY 19 90		
ABR 19 37		
MAR 19 41		
FEV 19 44		
JAN 19 37		
DEZ 18 50		

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pagando ponto mês após de - e o cliente não recebe o boleto, o cliente deve pagar o valor devido no mês seguinte, a partir do mês seguinte ao do ponto. Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br. A cobrança é feita sobre a base de cálculo do consumo de energia elétrica, conforme o valor da tarifa aprovada pelo Conselho Regulador de Energia (CRE) e pelo Conselho de Regulação de Energia (CRE). O cliente é responsável por manter o medidor em funcionamento e em boas condições. O cliente é responsável por manter o medidor em funcionamento e em boas condições. O cliente é responsável por manter o medidor em funcionamento e em boas condições.

As condições gerais de fornecimento de energia elétrica estão descritas no Anexo 1 do Regulamento de Serviço Público de Energia Elétrica (RSEPE) e no Anexo 2 do Regulamento de Serviço Público de Energia Elétrica (RSEPE).

CONSUMO	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE	TENSÃO	LIMITE
	ANUAL	DIÁRIO	TRIMESTRAL	ANUAL	NOMINAL (V)	DE VARIAÇÃO (V)
0,00	0,00	8,91	11,02	33,84	220	202 - 231
0,00	0,00	3,36	6,72	13,45		
0,00	0,00	2,46	0,00	0,00		

Limite DIÁRIO: 12,22 B.O.D. - Valor de Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 12,22

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
0124851033	12/2019	16/01/2020	155,16

Atendimento: 534701

Senha da Classificação:

Data e Hora: 21/11/2019 10:59

0017

Paciente: 122319 CELIO ROBERTO DOS SANTOS

Sexo: FEMININO

Data do Nascimento: 27/07/1965

Idade: 54 anos

Convenio: 2

SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: JOSEFA HENRIQUE DOS SANTOS

Nome do Pai:

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: HOMERO RODRIGUES SILVA NETO

CRM: 13526

Endereço: RUA SAO BARTOLOMEU

3

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: ESCADA

PE

Usuário Atendimento: LAISMSR

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 37688537487

Fone:

Cartão SUS:

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

PACIENTE ALICOLIZADO COM
TRAUMA GRAVE M55

Exame Físico

História Diagnóstica

FRAT. EXPOSTO GRAU III

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

Ao Bloco

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

HOSPITAL DOM HÉLDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 21/11/2019 10:44



Nome Paciente: CELIO ROBERTO DOS SANTOS
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 27/07/1965
Sexo: Masculino
Idade: 54 anos
Senha: 0017
Convênio: -
Atendimento:
SAME:

Período: 21/11/2019 10:48 - 21/11/2019 10:51

ALCINEIDE MENEZES GAIÃO - COREN: 256038 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

EMERGÊNCIA - VERMELHO

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

PCT VITIMA DE ATROPELAMENTO COM POSSÍVEL FRATURA EXPOSTA EM MSE, HAS-DM-

Observação:

ENCAMINHADO DE ESCADA SENHA: 582731

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR INTENSA (8-10/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: ALCINEIDE MENEZES GAIÃO - COREN: 256038 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 21/11/2019 10:51

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 534708

Data e Hora do Atendimento: 21/11/2019 11:01

Usuário do Atendimento: GISELEMSS

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: CELIO ROBERTO DOS SANTOS

Prontuário: 122319

Nome da Mãe: JOSEFA HENRIQUE DOS SANTOS

Nome do Pai:

Data do Nascimento: 27/07/1965

Idade: 54 anos Sexo: FEMININO

Estado Civil: CASADO

RG:

Data Emissão:

CPF: 37688537487

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade: ESCADA

Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) COMPLETO

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: OUTROS

Endereço: RUA SAO BARTOLOMEU

3 CENTRO

Cidade: ESCADA

PE

CEP: 55500000

Fone:

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: PM ESCADA

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: BLOCO CIRURGICO - RPA

Leito: BL-4 C

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, 21/11/2019

Assinatura e R.G. do Responsável:

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: melhoras

Diagnóstico: fratura exposta do antebraço (E)

Procedimento: limpeza cirúrgica Dr. Igor Abutrab

Alta em: 04/12/2019 Hora: 12:00h Ortopedia/Traumatologia

Médico e C.R.M.: CRM-PE: 27778

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G.:

Hospital Dom Helder Câmara
Solange Lyra
Faturamento / SAME

10/12/2019

RAIO-X

DATA	LOCAL DO CORPO	QUANTIDADE DE FILMES
21/11/19	antebraço	1



**HOSPITAL
DOM HELDER**



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 4/12/2019 11:48

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: CELIO RORBERTO DOS SANTOS

REGISTRO: : 21/11/2019 IDADE: 54 DATA ADMISSÃO: 21/11/2019 DATA ALTA: 04/12/2019

**EVOLUÇÃO CLINICA
ALTA ORTOPEDIA**

HD: FRATURA EXPOSTA OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

CD: LIMPEZA CIRURGICA

PCT EM BOM ESTADO GERAL COM EDEMA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO + PUNHO, PRAXIA DE PUNHO. (LESÃO DE NERVO INTEROSSEO) FERIMENTO SEM SAÍDA DE SECREÇÃO.

NO MOMENTO SEM CONDIÇÕES CLÍNICAS PARA TTO CIRÚRGICO. ALTA PARA RETORNO EM 15 DIAS. PARA SEGUNDO TEMPO CIRÚRGICO

EXAME FÍSICO:

1) EGR/AAA/LOTE/EUPNEICO

2) GLASGOW 15

3) NERVOVASCULAR (+)

ALTA SOB ORIENTAÇÃO DR CANEJO

- **CONDUTA :**
- **ALTA PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL + FISIOTERAPIA**
- **ORIENTAÇÕES AO PCTE E FAMÍLIA SOBRE CUIDADOS, RISCOS E RETORNO**
- **MEDICAÇÃO PARA CASA**
- **RETORNO AMBULATORIAL**
- **ATESTADO**
-

Dr. Igor Abutrab
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE: 27778

TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL – NRS 2002

Data: 26/11/19

Paciente: Celso Roberto das Santos Registro: 122319
Peso Atual: - Peso Habitual: 74 Altura: 1.67 Idade: 44 Leito: 405.1

	SIM	NÃO
Parte 1 – Triagem Inicial		
Paciente Apresenta IMC < 20,5?		✓
Houve Perda de Peso nos Últimos 3 meses?		✓
Houve Redução na Ingesta de alimentos na última semana?		✓
Paciente apresenta doença grave, está em mau estado geral ou UTI?		✓

SIM: Se a resposta for "sim" para qualquer uma das questões, o Nutricionista deverá continuar a preencher a parte 2.
NÃO: Se a resposta for "não" para todas as questões, reavalie o paciente semanalmente.

Se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar Terapia Nutricional para evitar riscos associados. Continue e preencha a parte 2.

Parte 2 – Triagem do Risco Nutricional

Estado Nutricional		Gravidade da doença (Efeito do estresse metabólico no aumento das necessidades nutricionais)	
Ausente (Pontuação 0)	Estado Nutricional Normal	Ausente (Pontuação 0)	Necessidades Nutricionais Normais
Leve (Pontuação 1)	Perda de peso >5% em 3 meses ou ; Ingestão alimentar abaixo de 50-75% da necessidade normal na semana anterior.	Leve (Pontuação 1)	Fratura de Quadril; Pacientes crônicos com complicações agudas; Cirrose, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); Diabetes, Câncer, Hemodiálise crônica.
Moderado (Pontuação 2)	Perda de peso >5% em 2 meses ou ; IMC 18,5-20,5 + condição geral comprometida ou ; Ingestão alimentar entre 25-60% da necessidade normal na semana anterior.	Moderado (Pontuação 2)	Cirurgia abdominal de grande porte; Acidente vascular cerebral (AVC); Pneumonia grave; Doenças malignas hematológicas (leucemias e linfomas).
Grave (Pontuação 3)	Perda de peso >5% em 1 mês(>15% em 3 meses) ou IMC <18,5+ condição geral comprometida ou ; Ingestão alimentar entre 0-25% da necessidade normal na semana anterior.	Grave (Pontuação 3)	Trauma Craniano; Transplante de medula óssea; Pacientes em cuidados intensivos (APACHE >10).

Pontuação (Estado nutricional) + Pontuação (gravidade da doença) = Escore total=

Para calcular o escore total: A. Encontre o escore (de 0 a 3) para o estado nutricional e para a gravidade da doença (escolher apenas a variável maior gravidade); B. Some os dois escores para obter o escore total; C. Se o paciente apresentar idade > ou igual a 70 anos, adicione 1 ponto ao escore total para ajustar a fragilidade dos idosos.

Escore total > ou igual a 3: O paciente está em risco nutricional e a TN deve ser iniciada.

Escore total < 3: No momento, o paciente não apresenta risco nutricional e deve ser reavaliado semanalmente. Porém, se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar terapia nutricional para evitar riscos associados.

Pontuação =1: A necessidade proteica está aumentada, mas o déficit protéico pode ser recuperado pela alimentação oral ou pelo uso de suplementos, na maior parte dos casos.
Pontuação =2 A necessidade proteica está substancialmente aumentada e o déficit protéico pode ser recuperado na maior parte dos casos com o uso de suplementos orais / dieta enteral.
Pontuação =3 A necessidade proteica está substancialmente aumentada e não pode ser recuperada somente pelo uso de suplementos orais / dieta enteral.

Peso	Altura	IMC	AJ	CB	%CB	CP
74	1.67	26,5	-	-	-	-

Larissa Souza
Nutricionista
CRNS 14739

Nutricionista

Nutritional Risk Screening – NRS é baseada em estudos clínicos randomizados e recomendada pelo Guideline da ESPEN* para o âmbito hospitalar

Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. Educational and Clinical Practice Committee, European Society for Parenteral and Enteral Nutrition(ESPEN). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clin Nutr 2003;22(4):415-21. *European Society for Parenteral and Enteral Nutrition. Questionário traduzido e utilizado pela nutricionista Mariana Raslan.



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

405 of

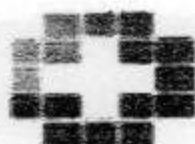
Registro: 122319

Enfermaria: Bioco

Leito:

UW - Hospital Dom Helder Câmara
Solange Lyra
Faturamento / SAME
Rm: _____

Hospital Dom Helder Câmara
Rua do O. Santos Cal. 10
Coordenador Serviço Su. al
25 de 1990 - 4.º andar - 95



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 25/11/2019 11:18

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

NOME : CELIO ORBERTO DOS SANTOS			
	ENFERMARIA/ LEITO 405-1	REG: 122319	

405-1

EVOLUÇÃO CLINICA

HD: FRAT COTOVELO. LESAO DO NERVO INTEROSSEOO
PCT NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL, AGUARDANDO
MELHORA 2 TEMPO

1) EGR/AAA/LOTE/EUPNEICO

2) GLASGOW 15

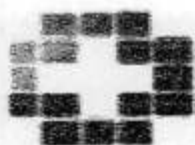
3) NERVO VASCULAR COMPROMETIDO

PACIENTE NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL, NEGA QUEIXAS,

CONDUTA :

AGUARDA 2º TEMPO CIRURGICO

Dr. José Aburab
Médico Ortopedista
25-NOV-2019



**HOSPITAL
DOM HELDER**



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 26/11/2019 11:56

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

NOME : CELIO ORBERTO DOS SANTOS			
	ENFERMARIA/ LEITO 405-1	REG: 122319	

405-1

EVOLUÇÃO CLINICA

HD: FRAT COTOVELO.

**PCT NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL, AGUARDANDO
MELHORA 2 TEMPO . COM MELHORA PARCIAL DA MOBILIDADE**

1) EGR/AAA/LOTE/EUPNEICO

2) GLASGOW 15

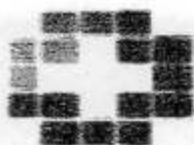
3) NERVOVASCULAR COMPROMETIDO

PACIENTE NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL, NEGA QUEIXAS,

CONDUTA :

AGUARDA 2º TEMPO CIRURGICO

Dr. Igor do
Médico / CRM-PE 27
7.0 NOV 2019



**HOSPITAL
DOM HELDER**

**GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR**

SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 28/11/2019 12:04

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

NOME : CELIO ORBERTO DOS SANTOS			
	ENFERMARIA/ LEITO 405-1	REG: 122319	

405-1

EVOLUÇÃO CLINICA

HD: FRAT COTOVELO.

**PCT NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL, AGUARDANDO
MELHORA 2 TEMPO . COM MELHORA PARCIAL DA MOBILIDADE (**
PRAXIA DE NERVO INTEROSSEO

1) EGR/AAA/LOTE/EUPNEICO

2) GLASGOW 15

3) NERVO VASCULAR COMPROMETIDO

PACIENTE NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL, NEGA QUEIXAS,

CONDUTA :

AGUARDA 2º TEMPO CIRURGICO

Dr. Igor Abetres
Médico Titular de Ortopedia

28 NOV. 2019

DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
FICHA DE EVOLUÇÃO NUTRICIONAL

Paciente: Lílio Roberto dos Santos Data: 28/11/19
Registro: 122319 Idade: 44 Enf/Leito: 405.1

VIA DE ALIMENTAÇÃO:

☒ ORAL

Consistência: () Líquida () Líquido-Pastosa () Pastosa () Branda ☒ Normal () Líquidos espessados

Tipo: ☒ Livre () Hipossódica () Hipoglicídica () Hipolípida () Hepatopata () IRC Conservador

() IRC Dialítico () Laxante () Constipante () SIG

() JEJUM/ ZERO: Justificativa: _____

Aceitação da dieta: ☒ Ótima (100%) () Boa (100-75%) () Moderada (75-50%) () Ruim (<50%)

Intolerâncias/Alergias: _____

Alteração de padrão Alimentar: () Redução na quantidade

() Dieta líquida () Dieta líquida sem resíduos

Uso de Terapia Nutricional Oral (TNO): ☒ Não () Sim Tipo: _____

Sintomas Gastrointestinais: () Disfagia/ Odinofagia () Anorexia () Náuseas/ Vômitos () Dispneia

() Distensão abdominal () Diarréia () Constipação ☒ Sem queixas

Exame Físico: ☒ Sem edema () Com edema () Ascite () Anasarca

() ENTERAL

() JEJUM/ ZERO: Justificativa: _____

Fórmula - () Padrão () Específica

Tipo: () Normo/Normo () Normo/Hiper () Hiper/Hiper () Controle Glicêmico

() IRC Conservador () IRC Dialítico () Cicatrização () Pneumopata

() Hepatopata () Semi-elementar () Elementar

() Módulos: _____

Via de Administração: () SNE () SOG () SNG () GTT () JTT Infusão: () BIC () GRAV.

Tolerância: () Adequada () Regurgitação () Diarréia () Constipação () Dist abdominal () Hiperglicemia

Volume Dieta: () 30 ml/h () 40 ml/h () 50 ml/h () 60 ml/h () 70 ml/h () 80 ml/h () Outros: _____

Total Ofertado: Kcal: _____ (____ Kcal/kg/dia) PTN: _____ g (____ g/kg/dia de proteína)

Volume Água () 100 ml () 200ml () 300 ml () Sem Água Horários: _____

() Outros: _____

Exame Físico: () Sem edema () Com edema () Ascite () Anasarca

() PARENTERAL: _____

RISCO NUTRICIONAL: () SIM ☒ NÃO

Observações: _____

Med. Hosp. Dom Helder Câmara
Solange Lyra
Faturamento / SAME
Em: _____

Larissa Souza
Nutricionista
CRN 14739

Nutricionista



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 30/11/2019 10:10

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

NOME : CELIO ORBERTO DOS SANTOS			
	ENFERMARIA/ LEITO 405-1	REG: 122319	

405-1

EVOLUÇÃO CLINICA

HD: FRAT COTOVELO.

**PCT NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL, AGUARDANDO
MELHORA 2 TEMPO . COM MELHORA PARCIAL DA MOBILIDADE (**
PRAXIA DE NERVO INTEROSSEO

1) EGR/AAA/LOTE/EUPNEICO

2) GLASGOW 15

3) NERVO VASCULAR COMPROMETIDO

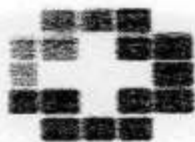
PACIENTE NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL, NEGA QUEIXAS,

CONDUTA :

AGUARDA 2º TEMPO CIRURGICO

Dr. Igor Abutrag
Médico CRM-PE 27.79

30 NOV. 2019



**HOSPITAL
DOM HELDER**

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 3/12/2019 11:30

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

NOME : CELIO ORBERTO DOS SANTOS		
ENFERMARIA/ LEITO 405-1	REG: 122319	

405-1

EVOLUÇÃO CLINICA

HD: FRAT COTOVELO.

**PCT NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL, AGUARDANDO
MELHORA 2 TEMPO . COM MELHORA PARCIAL DA MOBILIDADE (**
PRAXIA DE NERVO INTEROSSEO

1) EGR/AAA/LOTE/EUPNEICO

2) GLASGOW 15

3) NERVO VASCULAR COMPROMETIDO

PACIENTE NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL, NEGA QUEIXAS,

CONDUTA :

AGUARDA 2º TEMPO CIRURGICO


Dr. Igor Abutrab
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE: 27778

DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
FICHA DE EVOLUÇÃO NUTRICIONAL

Paciente: Célio Roberto dos Santos Data: 03/12/19
Registro: 122319 Idade: 44 Enf/Leito: 405.1

VIA DE ALIMENTAÇÃO:

☒ ORAL

Consistência: () Líquida () Líquido-Pastosa () Pastosa () Branda ☒ Normal () Líquidos espessados

Tipo: ☒ Livre () Hipossódica () Hipoglicídica () Hipolipídica () Hepatopata () IRC Conservador

() IRC Dialítico () Laxante () Constipante () SIG

() JEJUM/ ZERO: Justificativa: _____

Aceitação da dieta: ☒ Ótima (100%) () Boa (100-75%) () Moderada (75-50%) () Ruim (<50%)

Intolerâncias/Alergias: _____

A alteração de padrão Alimentar: () Redução na quantidade

() Dieta líquida () Dieta líquida sem resíduos

Uso de Terapia Nutricional Oral (TNO): ☒ Não () Sim Tipo: _____

Sintomas Gastrointestinais: () Disfagia/ Odinofagia () Anorexia () Náuseas/ Vômitos () Dispneia

() Distensão abdominal () Diarréia () Constipação ☒ Sem queixas

Exame Físico: ☒ Sem edema () Com edema () Ascite () Anasarca

() ENTERAL

() JEJUM/ ZERO: Justificativa: _____

Fórmula - () Padrão () Específica

Tipo: () Normo/Normo () Normo/Hiper () Hiper/Hiper () Controle Glicêmico

() IRC Conservador () IRC Dialítico () Cicatrização () Pneumopata

() Hepatopata () Semi-elementar () Elementar

() Módulos: _____

Via de Administração: () SNE () SOG () SNG () GTT () JTT Infusão: () BIC () GRAV.

Tolerância: () Adequada () Regurgitação () Diarréia () Constipação () Dist abdominal () Hiperglicemia

Volume Dieta: () 30 ml/h () 40 ml/h () 50 ml/h () 60 ml/h () 70 ml/h () 80 ml/h () Outros: _____

Total Ofertado: Kcal: _____ () Kcal/kg/dia PTN: _____ g () g/kg/dia de proteína

Volume Água () 100 ml () 200ml () 300 ml () Sem Água Horários: _____

() Outros: _____

Exame Físico: () Sem edema () Com edema () Ascite () Anasarca

() PARENTERAL: _____

UH - Hospital Dom Helder Câmara
Solenge Lyra
Faturamento / SAME

RISCO NUTRICIONAL: () SIM ☒ NÃO

Observações: Realizada avaliação nutricional segundo NRS
2002 e paciente segue sem risco nutricional.

Larissa Souza
Nutricionista
CRNS: 14739

Nutricionista

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Celso Roberto Registro: _____

Clínica: 000 Enfermaria: 70 Leito: 205-1

Data/Hora	
	# 0000
	29.11.19
	JH
	Paulo Igmarino de Aguiar
	70 anos. divorciado
	CA
	Dr. Mariana S. de Almeida Araújo
	Medica
	Psicologia
04.12.19 14:30hr	Diante visita ao pct o paciente demonstrando lucidez, não apresenta queixa. Peto elaboração adequada de alta hospitalar.
	M ^a C. Guerra
	Psicóloga CRP: 11044
	JH - Hospital Dom Helder Câmara
	Sorange Lyra
	Faturamento / SAME
	Emi



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

22.11.19

Paciente

CELYO, ROBERTO, DOS SANTOS

Sexo

M

Cor

R

Idade

54

Risco

ASA 3

CRM

Nome do Anestesiologista

Nome do Cirurgião

000039 AR 405, BPI 465

CAMEJO

Medicação Pré-anestésica

Urgência

☒ NÃO

☐ SIM

Cirurgia

Refinada de Fixação Externa Rango E

Horário

16:00 16:30

O₂

N₂O

Líquidos

SaO₂

ETCO₂

ECG

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

0

-20

-40

-60

-80

-100

-120

-140

-160

-180

-200

-220

-240

-260

-280

-300

-320

-340

-360

-380

-400

Notações

Drogas Usadas

Quantidade

- 1) Ceptorolone 2g
- 2) Midazolam 15mg
- 3) Fentanyl 75µg
- 4) Droperidol 15µg
- 5) Propofol 150ml
- 6) Droperidol 10µg
- 7) Diprione 20µg
- 8) Transedol 100
- 9) Ondansetron 4

Técnica Anestésica

- 1) Montagem - anastomose - revascularização de montuário
- 2) Sítio venoso
- 3) Oxiel cateter nasal

Monitorização

☐ BIS

☒ Cardioscópio

☐ Temperatura

☒ Oxímetro

☐ Swan-Ganz

☒ PNI

☐ Analisador Gases

☐ Sonda Vesical

☐ PVC

☐ Capnógrafo

☐ Estimulador de Nervo

☐ Elet. Pré-Cordial

☐ Linha Arterial

☐ Outros

☐ Volemia IBP Plus

Encaminhado

☒ Acordado

☐ Sonolento

☐ Intubado

☐ Destino

☒ SRPA

☐ Apart/Enf.

☐ UTI

☐ Externo

Intercorrência:

☒ NÃO

☐ SIM

Descrever:

Observações:

H - Hospital Dom Helder Câmara
Solange Lyra
Faturamento / SAME
Em: 18 DEZ. 2019

Assinatura do Anestesiologista

Nome: Celso Roberto dos Santos

Registro: 122319 Leito:

Procedimento cirúrgico:

Data: 27/11/19 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>MSE</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>MSE</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: _____	



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO

IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: L-40

Nome: Oliver Roberto de Santos data: 27/11/19 Hora: 17:00 Registro: 12319
Leito de origem: _____

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: 11-01, Retirada de fixação externa
Tipo de anestesia: geral venosa
Equipe: Dr. Leonardo Lamego Anestesista: Dr. Carlos

3. Admissão

Estado geral: () Bom () Regular () Torporoso () Grave°
Respiração: () Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () SVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não () Sim Onde: _____
Acesso Venoso Central: () Não () Sim Onde: _____
Drenos: () não () sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 126x91 mmHg FR: 11 p/min FC: 92 p/min SaPO2: 93%
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	<u>129x82</u>	<u>131x92</u>	<u>138x100</u>	<u>138x97</u>	<u>146x100</u>	
FR	<u>11</u>	<u>12</u>	<u>12</u>	<u>14</u>	<u>13</u>	
FC	<u>93</u>	<u>90</u>	<u>85</u>	<u>99</u>	<u>118</u>	
SaPO2	<u>96</u>	<u>96</u>	<u>98%</u>	<u>96</u>	<u>98%</u>	
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

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

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

Data: 27/11/19 Horário: 19h Responsável pelo encaminhamento: Dr. Graciele Couto

Alta da SRPA pelo médico: _____
Médica Anestesiologista
CRM 5083

DIAGNÓSTICO	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	
	() 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>AVP + TO</u>	
	() Examinar F.O. e registrar alterações () dor; () Calor; () Rubor; () Edema.	
	() Outros	
	() Outros	

G - Sonda Nasogástrica

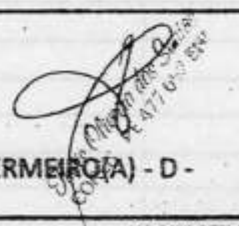
PA - Pressão Arterial

FC: Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso Enteral

HGT - Hemoglicoteste

AVP - Acesso Venoso Periférico

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

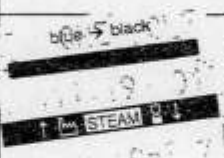
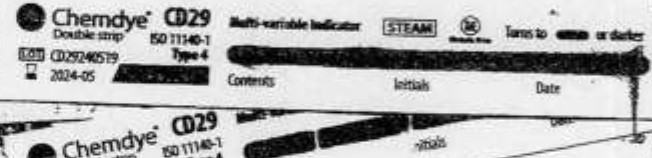
IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: Alu Roberto dos Santos Data: 27/11/19 Registro: 122319
Convênio: SUS Leito: _____ Hora: 15:30

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. Leonardo Lamejo 1º auxiliar: _____
Anestesista: Dr. Carlos Instrumentador: _____
Circulante: Onilva

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
lap apote basico MII bandeira		
		

PACIENTE:	Felipe Roberto dos Santos			DATA:	27/11/19		
CIRURGIÃO:	Dr. Leonardo Carneiro			RG:	122319		
ANESTESISTA:	Dr. Carlos			AUXILIAR:			
CIRURGIÃO:	TTC retirada de fixador externo			ANESTESIA:	geral venosa		
ESTRUMENTADOR:				COORDENAÇÃO DO BLOCO:	Ruana		
CIRCULANTE:	Sueli			COREN:			
ENFERMEIRA:	Thais			HORÁRIO INICIAL:	HORÁRIO FINAL:		

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 05			
AGULHAS			
13X4,5	25X7	25X8	40X12
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27
ATADURAS			
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM	
CANULAS			
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
TRAQUEOST 9,0			
CATETER			
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	
LIMPADORES			
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400
CURATIVOS			
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX
EQUIPOS			
BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SORO MACRO
EXTENSORES			
20CM	40CM	60CM	120CM
LAMINAS			
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6	
LUVAS			
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5
SERINGAS			
1ML	3ML	5ML	10ML
20ML	60ML	60ML CATETER	
AVENTAL CIRUR.	B5. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/ VIDEO
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXÃO 2VIAS	CONEXÃO 4VIAS
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GAZES	GELFOAN
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 05			
DRENOS			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCÇÃO 3,2	SUCÇÃO 4,8	SUCÇÃO 6,4
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36
SONDAS			
ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ. 2,0	ENDOTRAQ. 2,5	ENDOTRAQ. 3,0
ENDOTRAQ. 3,5	ENDOTRAQ. 4,0	ENDOTRAQ. 4,5	ENDOTRAQ. 5,0
ENDOTRAQ. 5,5	ENDOTRAQ. 6,0	ENDOTRAQ. 6,5	ENDOTRAQ. 7,0
ENDOTRAQ. 7,5	ENDOTRAQ. 8,0	ENDOTRAQ. 8,5	ENDOTRAQ. 9,0
FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
FOLEY 2VIAS 06	FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12
FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20
NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 16
NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4
URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20
FIOS CIRÚRGICOS			
ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDIACA
CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 2
PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	CERA P/OSSE	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	AÇO 1	AÇO 4	AÇO 6



GOVERNO DO ESTADO
Pernambuco
JUNTOS, FAZENDO MAIS



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Elcio Roberto dos Santos Data: 27/11/19 Hora: 15:57 Registro: 122319
Convênio: SUS Leito: _____ Peso: _____ Altura: _____

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Leonardo Lima Anestesiologista: Dr. Carlos
Auxiliar: _____ 2º Auxiliar: _____ Instrumentador: _____

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: FF Retinada de fixador externo Início: 16:15 Término: 16:25
Anestesia: geral venosa Início: 16:05 Término: 16:45

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

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

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

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

5.1 - EQUIPAMENTOS:

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

Outros: _____

5.1 - PROCEDIMENTOS:

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

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: Segue em anexo ao prontuário do paciente CIRURGIA: _____

6 - OBSERVAÇÕES:

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

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

Data: 27/11/19 Hora: 16:50 Enfermeira: Tina Circulante: Sinala

HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA

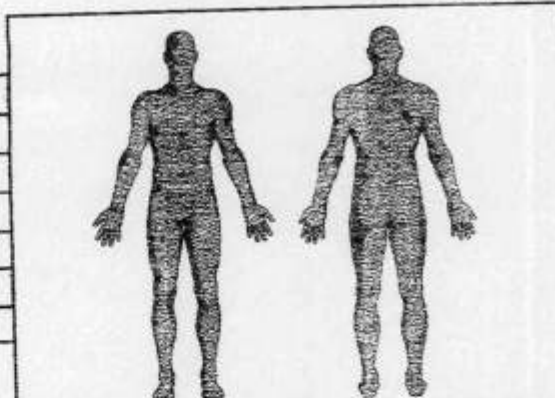
Data: 24/03/19

Hora: _____

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome: Celio Roberto dos Santos	
Data de Nascimento: 23/07/1975	Registro: 822319
Sector: 405	Leito: 405-1



SINAIS VITAIS		
PA: 140 x 90	T: 35.8	HGT: 69
Observação:		

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

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

ALERGIA		USO DE SONDAS
SIM () QUAL: Anestesia		SNE () SNG ()
NÃO () OBSERVAÇÃO:		SVD ()
		Outra: _____
ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO		DRENO
SIM (✓) QUAL: Cefotaxima 6/6 hrs		SIM () NÃO ()
NÃO () OBSERVAÇÃO:		Qual: _____
		Local: _____
SIM () QUAL:		
NÃO () HORÁRIO DA ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO:		

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE			
JEJUM:	SIM (✓) NÃO ()	À partir do dia: 24/03/19 às 07:00	Observação:
HIGIENIZAÇÃO:	SIM (✓) NÃO ()	Observação: _____	
TRICOTOMIA:	SIM (✓) NÃO ()	Observação: _____	
RETIRADO ADORNOS:	SIM (✓) NÃO ()	RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA:	SIM () NÃO ()
CIRURGIAS ANTERIORES:	SIM (✓) Quais/Datas: _____		
	NÃO ()		
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE:	SIM (✓) Quais/Datas: _____		
	NÃO ()		
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:	SIM (✓) Observação: _____	LATERALIDADE DEMARCADA:	SIM () Observação: _____
	NÃO ()		NÃO ()

Enfermeiro Responsável: _____

(Assinar e Carimbar)

Ma Caroline S. Franc.
Enfermeira
COREN-PE 438.497

CÓD. 38404



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: 122319

Atendimento: 534708

Dt.Cad: 21/11/2019

Nome: CELIO ROBERTO DOS SANTOS

Dt. Nasc: 27/07/1965

Mãe: JOSEFA HENRIQUE DOS SANTOS

Bairro: CENTRO

End.: RUA SAO BARTOLOMEU

Cidade: ESCADA

Enferm.: 405 - 01 - LT TRAUMA

Leito: 715

CNS: 701803285346979

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? *Retirada de fixador*
Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? *1:00 / não*

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

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

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

☒ Sim

☐ Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

☒ Sim

☐ Não se aplica

Rx

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

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

Retirado de fixador externo M5

Elaine Oliveira da Silva
COREN PE 652.454

TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

NOME: W. V. Roberto das Juntas DATA NASC: 23/04/1965
 REGISTRO: 22319 DATA: 27/11/19 HORA: _____
 SETOR DE ORIGEM: SRVA SETOR DE DESTINO: _____

S	Situação (Enfermagem)	Nível de Consciência: _____ HGT: _____ PA: _____ Pulso: _____ Temp: _____ FR: _____ Oximetria: _____ Padrão respiratório: () Ar ambiente () Suporte de O2 () CatO2 () NBZ () TOT () Traqueo VM () Traqueo NEB Intercorrência nas últimas 24h: _____
B	Base do cenário (médico)	Breve relato do caso: <u>Retorno de fixador MSE</u> Antibiótico profilático: () Não () Sim Antibiótico terapêutico: () Não () Sim Qual: _____ Horário: _____ Drogas Vasoativas: () Não () Sim Qual: _____ Prognóstico: () Crônico () Não Crônico Nutrição: () Jejum () Dieta _____
A	Análise (Enfermagem)	Dispositivos Invasivos: Cateter central () Não () Sim // SVD () Não () Sim Alergia: () Não () Sim Qual: _____ Hemodérivados: () Não () Sim Qual: _____ Medicação de uso contínuo: _____ Riscos: () LPP () Queda () Flebite () Outros: _____ Grau de Complexidade: () Crítico () Semi Crítico () Alta dependência () Intermediário () Mínimo
R	Recomendação (Enfermagem)	Exames Laboratoriais: () Coletado () Não Coletado Qual: _____ Exames de Imagem: () Realizado _____ () Pendente _____ Curativo: () Não () Sim Local: <u>MSE</u> Isolamento: () Não () Sim Qual: _____

Envio por: Ass. Médico _____

Ass. Enfermeiro _____

Recebido por: Ass. Enfermeiro _____

Hora: _____

Elvira Oliveira dos Santos
 COREN PE 017 682 716

TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

NOME: Elton Wagner dos Santos DATA NASC: 24.07.75
REGISTRO: 122319 DATA: 27.07.1975 HORA: 15:00
SETOR DE ORIGEM: tno SETOR DE DESTINO: BE

S	Situação (Enfermagem)	Nível de Consciência: <u>luciente orientado</u> HGT: <u>69</u> PA: <u>140x90</u> Pulso: <u>38</u> Temp: <u>38</u> FR: <u> </u> Oximetria: <u> </u> Padrão respiratório: () Ar ambiente () Suporte de O2 () CatO2 () NBZ () TOT () Traqueo VM () Traqueo NEB Intercorrência nas últimas 24h: <u> </u>
B	Base do cenário (médico)	Breve relato do caso: <u> </u> Antibiótico profilático: () Não () Sim Antibiótico terapêutico: () Não () Sim Qual: <u> </u> Horário: <u> </u> Drogas Vasoativas: () Não () Sim Qual: <u> </u> Prognóstico: () Crônico () Não Crônico Nutrição: () Jejum () Dieta <u> </u>
A	Análise (Enfermagem)	Dispositivos Invasivos: Cateter central () Não () Sim // SVD () Não () Sim Alergia: () Não () Sim Qual: <u> </u> Hemoderivados: () Não () Sim Qual: <u> </u> Medicação de uso contínuo: <u> </u> Riscos: () LPP () Queda () Flebite () Outros: <u> </u> Grau de Complexidade: () Crítico () Semi Crítico () Alta dependência () Intermediário () Mínimo
R	Recomendação (Enfermagem)	Exames Laboratoriais: () Coletado () Não Coletado Qual: <u> </u> Exames de Imagem: () Realizado <u> </u> () Pendente <u> </u> Curativo: () Não () Sim Local: <u> </u> Isolamento: () Não () Sim Qual: <u> </u>

Enviado por: Ass. Médico

Ass. Enfermeiro

~~M^{re} Caroline S. Franca~~

Recebido por: Ass. Enfermeiro

Hora:

~~Enfermeira~~
COREN-PE 438.497

COREN-PE 438.497

Tipo do documento: TERMO DE CONSENTIMENTO	Número do documento: TER. 001	Emissão: 17/04/2019
Título: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO		Versão número: 001
Responsável pela elaboração: Bruna Melo	Responsável pela aprovação: Dr. André Sansão	Revisão: 00

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PARA PROCEDIMENTOS EM GERAL -

O presente termo tem o objetivo de cumprir o dever ético de declaração do paciente e/ou responsável, de recebimento de informações quanto aos principais aspectos relacionados ao tratamento, assistência clínica, medicamento ou procedimento ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Dom Helder Câmara.

☐ Paciente

☐ Responsável

Autorizo o Dr^o(a) _____, credenciado(a) pelo Hospital Dom Helder Câmara, a realizar o(s) seguinte(s):

- ☐ Tratamento: _____
☐ Assistência clínica: _____
☐ Procedimento: _____ ou _____
☐ Exame: _____

a que serei submetido.

Declaro que estou ciente dos benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis que me foram explicadas claramente pelo médico, Dr^o(a) _____, CRM: _____ e que tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no Hospital para se obter o melhor resultado.

Estou ciente de que podem ocorrer complicações durante o Tratamento/Assistência Clínica/Procedimento ou Realização de exame, assim como poderá ser necessária a modificação da proposta inicial em virtude de situações imprevistas.

Confirmo que recebi explicações, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse.

☐ PACIENTE / ☐ RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Guilherme Maria dos Santos RG: 12.111.111-11
 Data de nasc.: 29.04.71 Grau de parentesco: Esposa

Cabo de Santo Agostinho, 21 de novembro de 20 19

Guilherme Maria dos Santos
Assinatura do paciente/representante legal

Preenchimento Obrigatório Médico

Eu, Dr. Carlos R. P. Ribeiro, CRM: _____, médico responsável pelo esclarecimento e pelo procedimento, prestei todas as orientações necessárias e solicitadas pelo paciente referente ao termo de consentimento informado.

☐ Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento informado, por tratar-se de situação de Emergência

Cabo de Santo Agostinho, 21 de 11 de 20 19

Dr. Carlos R. P. Ribeiro
Assinatura / Carimbo do médico
CRM 10.111-11

Tipo do documento: TERMO DE CONSENTIMENTO	Número do documento: TER. 001	Emissão: 17/04/2019
Título: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO		Versão número: 001
Responsável pela elaboração: Bruna Melo	Responsável pela aprovação: Dr. André Sansão	Revisão: 00

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PARA PROCEDIMENTOS EM GERAL -

O presente termo tem o objetivo de cumprir o dever ético de declaração do paciente e/ou responsável, de recebimento de informações quanto aos principais aspectos relacionados ao tratamento, assistência clínica, medicamento ou procedimento ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Dom Helder Câmara.

☐ Paciente

☐ Responsável

Autorizo o Drº(a). _____, credenciado(a) pelo Hospital Dom Helder Câmara, a realizar o(s) seguinte(s):

- ☐ Tratamento: _____
- ☐ Assistência clínica: _____
- ☐ Procedimento: _____ ou _____
- ☐ Exame: _____

a que serei submetido.

Declaro que estou ciente dos benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis que me foram explicadas claramente pelo médico, Drº(a). _____, CRM: _____ e que tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no Hospital para se obter o melhor resultado.

Estou ciente de que podem ocorrer complicações durante o Tratamento/Assistência Clínica/Procedimento ou Realização de exame, assim como poderá ser necessária a modificação da proposta inicial em virtude de situações imprevistas.

Confirmo que recebi explicações, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse.

☒ PACIENTE / ☐ RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Girleide Maria dos Santos RG: 781-765-734-34
Data de nasc.: 29/01/71 Grau de parentesco: Esposa

Cabo de Santo Agostinho, ____ de ____ de 20 ____

Girleide Maria dos Santos
Assinatura do paciente/representante legal

Preenchimento Obrigatório Médico

Eu, _____, CRM: _____, médico responsável pelo esclarecimento do procedimento, prestei todas as orientações necessárias e solicitadas pelo paciente referente ao termo de consentimento informado.

☐ Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento informado, por tratar-se de situação de Emergência

Cabo de Santo Agostinho, ____ de ____ de 20 ____

Dr. Leonardo Canêjo
CRM 13783 - Traumatologia
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
TEOT 11153

Assinatura / Carimbo do médico

Tipo do documento: TERMO DE CONSENTIMENTO	Número do documento: TER. 001	Emissão: 17/04/2019
Título: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO		Versão número: 001
Responsável pela elaboração: Bruna Melo	Responsável pela aprovação: Dr. André Sansão	Revisão: 00

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ANESTESIA

Declaro que fui informado(a) quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento anestésico ao qual serei submetido nesta instituição.

Autorizo o médico anesthesiologista abaixo identificado, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente cadastrados por esta instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico _____

Declaro ainda que:

a) Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anesthesiologista. A(s) alternativa(s) de procedimento anestésico indicadas para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações me foram explicadas satisfatoriamente.

b) Fui esclarecido de que a anestesia envolve procedimentos invasivos e que podem ocorrer lesões que na maioria das vezes são temporárias. Raramente ocorrem lesões permanentes, mas podem ocorrer, mesmo que o procedimento tenha sido realizado sob o mais rigoroso padrão técnico. Assim como fui esclarecido, também, de que a resposta à administração de medicamentos é individual e que a ocorrência de efeitos colaterais ou indesejados é imprevisível.

c) Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis nesta instituição.

d) Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anesthesiologista sobre doenças pré-existentes, os medicamentos em uso, cirurgias realizadas, complicações anestésicas e reações alérgicas anteriormente apresentadas e, também, sobre o tempo decorrido de jejum (desde a última refeição/ingestão de líquidos).

e) Fui informado(a) pela equipe médica de que o tabagismo, o uso de drogas entorpecentes, tais como cocaína, maconha, anfetaminas, e outras como o álcool são fatores que podem trazer prejuízo ao procedimento e/ou tratamento. Fui informado, também das complicações que podem advir do uso destas substâncias.

Confirmando que recebi explicações, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse.

☐ PACIENTE / ☐ RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Giulide Maria dos Santos RG: 781-764-734-34
Data de nasc.: 29/01/71 Grau de parentesco: Esposa

Cabo de Santo Agostinho, 27 de novembro de 2019.

Giulide Maria dos Santos
Assinatura do paciente/representante legal

Preenchimento Obrigatório Médico

Eu, _____, CRM: _____, médico responsável pelo esclarecimento do procedimento, prestei todas as orientações necessárias e solicitadas pelo paciente referente ao termo de consentimento informado.

☐ Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento informado, por tratar-se de situação de Emergência

Cabo de Santo Agostinho, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura / Carimbo do médico



**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE
HOSPITAL DOM HÉLDER CÂMARA**

GESTÃO



ADMISSÃO
DATA: 22/11/19 HORA: 17:00

HISTÓRICO

1. IDENTIFICAÇÃO]

Nome: Elis Roberto dos Santos Registro: 122317 Clínica: TRD
Enfermaria: 405 Leito: 03 Diagnóstico: FWS EFV E

2. QUEIXAS PRINCIPAIS

S/queixo

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

☒ Alergias Quais: neg () Tabagismo () Etilismo () Cardiopatia () Diabetes () HAS
☐ Epilepsia () Depressão () Câncer () Doenças pulmonar () Cirurgias Anteriores Quais: _____

EXAME FÍSICO

4. ESTADO GERAL

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

5. INTEGRIDADE DA PELE

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

6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

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

7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL: ☒ Cooperativo () Choroso () Irritado () Sonolento () Ansioso () Agitado

8. SINAIS VITAIS

() Afebril () Febril T. AXILAR= _____ °C FR _____ IPM Sat O2= _____ () Eupneico () Dispneico () Traqueostomia () Intubado
MURMÚRIOS VESICULARES: () Presentes () Ausentes () Diminuídos RUIDOS ADVENTÍCIOS: () Roncos () Sibilos () Crepitantes FC _____ bpm
PA: _____ X _____ mmHg PULSO: () Filiforme () Cheio () Rítmico () Ausente ACESSO VENOSO: () Periférico Local: _____
() Central Local:

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

DIETA: ☒ VO () SNG () SNE () GTT ABDOME: ☒ Flácido () Tenso () Distendido () Globoso () Doloroso () Plano
() Ascítico () Gravídico EVACUAÇÃO: ☒ Normal () Constipação () Flatos () Diarréia Nº evacuações _____ Aspecto: () Normal () Mucoso
() Líquida () Melena () Odor fétido () Odor Característico () ÊMESE Aspecto: () Hematêmase () Com resíduo alimentar

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

DIURESE: ☒ Presente Aspecto: _____ () Ausente ☒ Espontânea () SVD () SVA () Cistostomia () Irrigação () Anúria
() Disúria () Hematúria () Oligúria () Polaciúria

11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

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

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica
FC- Frequência Cardíaca
SNG- Sonda Nasogastrica

MMSS- Membros Superiores
VO- Via Oral
SNE- Sonda Nasoenteral

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

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

Ma Caroline S. França
Enfermeira
COREN-PE 438.497



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

Paciente

Sexo

Cor

Idade

Risco

WILLIAM ROBERTO DIAS ISAIAS

M

Pd

54

II

CRM

Nome do Anestesista

Nome do Cirurgião

BOLETO TIERRELLA DILMA

Homero

Medicação Pré-anestésica

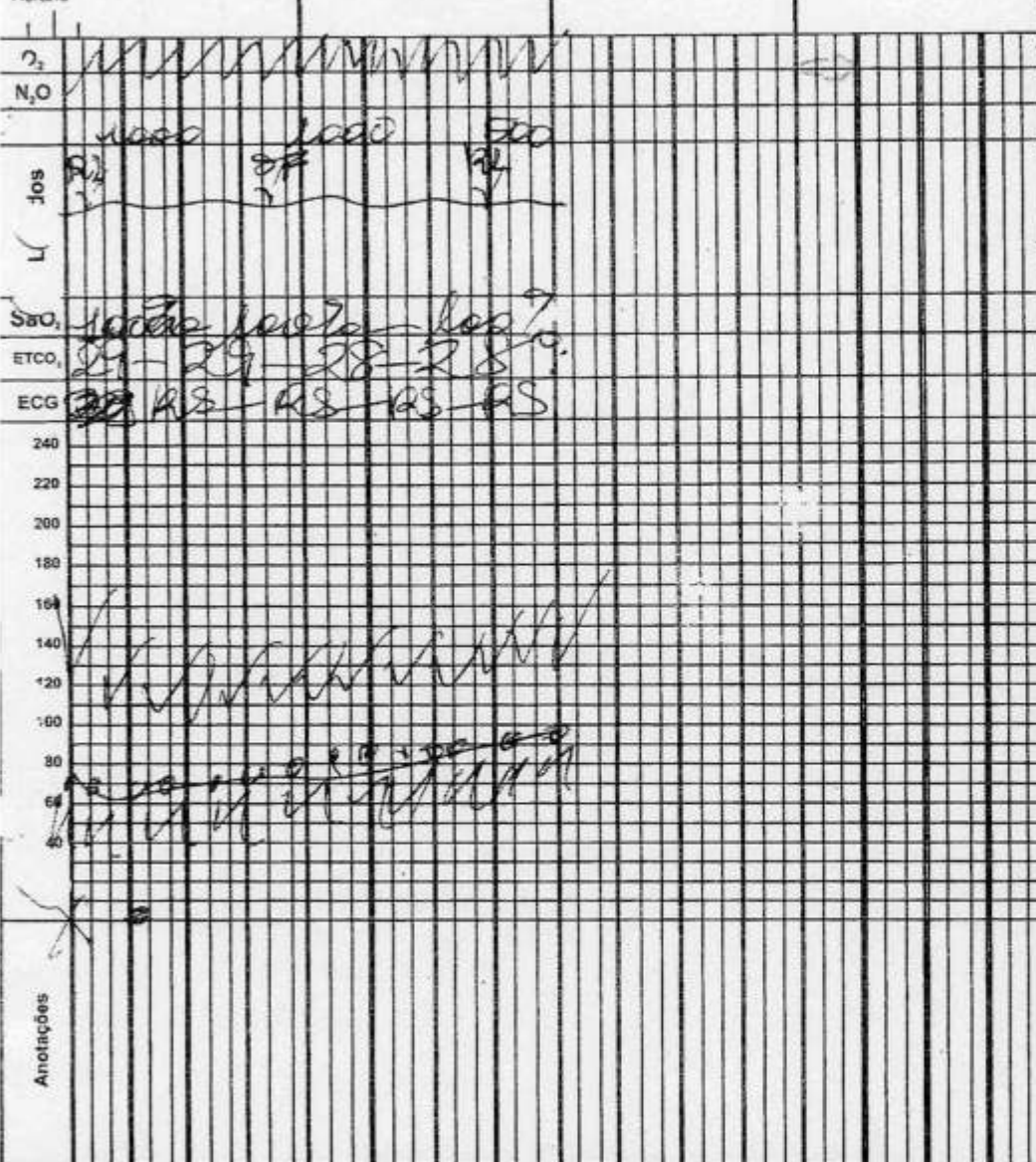
Urgência

☒ NÃO ☐ SIM

Cirurgia

Trat. cirúrgico Frnt. cap do ante-braco esquerdo

Horário



Drogas Usadas

Quantidade

Fentanyl 20mg
Cisatracurium 20mg
Propofol 40mg
Citramina 50mg
Dipirona 20mg
Ketoprofeno 100mg
Quadrón 4mg
Ondansetron 4mg

Técnica Anestésica

Preoxigenação +
Indução Venosa +
Laringoscopia Direta
+ máscara selada
+ IOT selado 7 cm
Cuf. 12cmH₂O
V_T Cícal = 500 ml
Fr = 10 P₁ = 15

Monitorização

☐ BIS

☐ Temperatura

☐ Swan-Ganz

☐ Analisador Gases

☐ PVC

☐ Estimulador de Nervo

☐ Linha Arterial

☐ Volemia IBP Plus

☒ Cardioscópio

☒ Oxímetro

☒ PNI

☒ Sonda Vesical

☒ Capnógrafo

☐ Elet. Pré-Cordial

☐ Outros

Encaminhado

☒ Acordado

☐ Sonoletto

☐ Intubado

Destino

☒ SRPA

☐ Apart/Enf.

☐ UTI

☐ Externo

Intercorrência:

☒ NÃO

☐ SIM

Descrever:

Observações:

Tereza C. Silva
Anestesiologista
CRM-8010

Assinatura do Anestesista

ESCALA DE BRADEN - Avaliação de Risco para Lesões					Resultado
Descrição	1	2	3	4	
PERCEPÇÃO SENSORIAL	Totalmente Limitado	Muito Limitado	Levemente Limitado	Nenhuma Limitação	() Sem Risco
UMIDADE	Completamente Molhado	Muito Molhado	Ocasionalmente Molhado	Raramente Molhado	18-20 pontos
ATIVIDADE	Acamado	Confinado a cadeira	Anda Ocasionalmente	Anda Frequentemente	() Risco
MOBILIDADE	Totalmente Imóvel	Bastante Limitado	Levemente Limitado	Não apresenta Limitações	Moderado 12-17 pontos
NUTRIÇÃO	Muito pobre	Provavelmente Inadequado	Adequado	Excelente	() Alto
FRICÇÃO CISSALHAMENTO	Problema	Problema em Potencial	Nenhum Problema		Risco 6-11 pontos

Escala de Morse para Prevenção de Quedas			
	CATEGORIA	SIM/NÃO	SCORE
1	Histórico de queda (há no Máximo 3 meses)	Não	0
		Sim	25
2	Diagnóstico Secundário	Não	0
		Sim	15
3	Auxílio para Deambular		
	Sem auxílio/acamado/auxílio de enfermagem	Sim	0
	Muletas/Bengala/Andador	Sim	15
	Deambula segurando nos móveis	Sim	30
4	Acesso Venoso	Não	0
		Sim	20
5	Movimentação do Paciente / transferência		
	Normal/Repouso no leito	Sim	0
	Debilitado	Sim	10
	Prejudicada (restrito ao leito)	Sim	20
6	Estado Mental		
	Orientado para as próprias capacidades	Sim	0
	Superestima/esquece as próprias capacidades	Sim	15
	Pontuação Total:		
Nível de Risco	SCORE	Ações	
Sem Risco	0 - 24	Intervenções de Prevenção Universal de Queda	
Baixo Risco	25 - 50	Intervenções para Queda	
Alto Risco	> 51	Intervenções de Prevenção para Alto Risco de Queda	

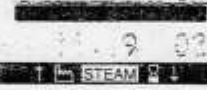
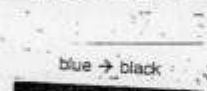
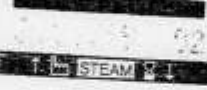
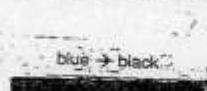
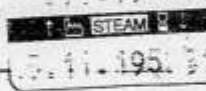
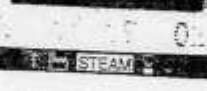
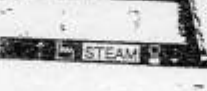
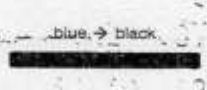
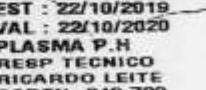
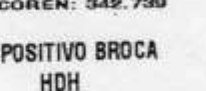
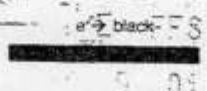
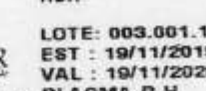
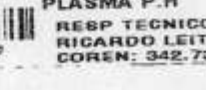
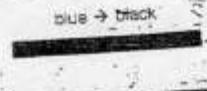
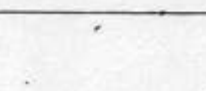
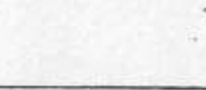
IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: Celso Roberto dos Santos Data: 21/11/19 Registro: 122319
Convênio: SUS Leito: _____ Hora: 11:30

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. Hamero 1º auxiliar: _____
Anestesiista: Dr. Tereza Instrumentador: Karina
Circulante: Luciane

INSTRUMENTAL	VALIDADE blue → black	INDICADOR
<u>lopo</u>		
<u>loporte</u>		
<u>laneta</u>		
<u>mmII</u>		
<u>Punko defoco</u>		
<u>aspirador</u>		
		
		
		
		
		
		
		



DISPOSITIVO BROCA
HDH
LOTE: 003.001.135
EST: 22/10/2019
VAL: 22/10/2020
PLASMA P.H
RESP TECNICO
RICARDO LEITE
COREN: 342.739

DISPOSITIVO BROCA
HDH
LOTE: 003.001.131
EST: 19/11/2019
VAL: 19/11/2020
PLASMA P.H
RESP TECNICO
RICARDO LEITE
COREN: 342.739

PACIENTE:	Celso Roberto dos Santos			DATA:	21/11/19		
CIRURGIÃO:	Dr. Hamero			RG:	192319		
ANESTESISTA:	Dr. Jureza			AUXILIAR:			
CIRURGIÃO:	H. Curcio, Esposta msc			ANESTESIA:	Geral		
ESTRUMENTADOR:	Karuna			COORDENAÇÃO DO BLOCO:	Ruana		
CIRCULANTE:	Silvia / Jucene			COREN:			
ENFERMEIRA:	Tham / Lucio / Romo			HORARIO INICIAL:	12.25		
				HORARIO FINAL:			

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

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

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Cláudio Roberto dos Santos Data: 31/11/19 Hora: _____ Registro: 122519
Convênio: SUS Letor: _____ Peso: _____ Altura: _____

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Samara Anestesiologista: Dr. Tereza
Auxiliar: _____ 2º Auxiliar: _____ Instrumentador: Marino

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Externa MS Início: _____ Término: _____
Anestesia: Gerbal Início: _____ Término: _____

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

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

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

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

5.1 - EQUIPAMENTOS:

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

5.1 - PROCEDIMENTOS:

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

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: _____ CIRURGIA: _____

6 - OBSERVAÇÕES:

Sigue Paciente SR para internamento

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

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

Data: 31/11/19 Hora: _____ Enfermeira: Thais Circulante: Dilvis/Bulles

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)	
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		OMEPAZOL 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	
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 6% 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			
IPILON 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)			



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: 122319

Nome: CELIO ROBERTO DOS SANTOS

Mãe: JOSEFA HENRIQUE DOS SANTOS

End.: RUA SAO BARTOLOMEU

Enferm.: BL-4 C

Atendimento: 534708

Leito: 648

Dt.Cad: 21/11/2019

Dt. Nasc: 27/07/1965

Bairro: CENTRO

Cidade: ESCADA

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

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

☒ Sim

☐ Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

☒ Sim

☐ Não se aplica

Antecipação de eventos críticos:

- ☒ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? *Redução da pressão / Sutura de lesão*
Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? *Rx*

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

- ☒ Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? *Nm*

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

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

*Exatidão externa trat. exp
de MSE*

Flávia Oliveira
COREN 477 652 RJ

HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARASISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
BLOCO CIRÚRGICO - SRPAGESTÃO
IMIP
HOSPITALARNome: Elcio Roberto dos SantosRegistro: 12 2319

Leito: _____

Procedimento cirúrgico: Exatol externo MSEData: 24/11/19

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 hora e valor de leitura 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: MSE

() 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 24h
 () Outros

6. Sangramento ()

Local: MSE

() 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. 38605



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Nome: Oliver Roberto dos Santos data: 21/11/15 Hora: 4:10 Registro: 422319
Leito de origem: _____

Leito da SRPA: L-01

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Fratura exposta HSE
Tipo de anestesia: geral
Equipe: Dr. Flávio Anestesista: Dr. Figueira

3. Admissão

Estado geral: () Bom (☒) Regular () Torporoso () Grave^o
Respiração: ☒ Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () SVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não ☒ Sim Onde: _____
Acesso Venoso Central: ☒ Não () Sim Onde: _____
Drenos: ☒ não () sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 106 x 77 mmHg FR: 18 p/min FC: 103 p/min SaPO2: 98%
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	106 x 77	110 x 78	121 x 79	132 x 81	117 x 79	
FR	19	18	18	18	17	
FC	108	100	103	102	100	
SaPO2	98%	98%	98%	99%	98%	
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

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

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

Data: _____ Horário: _____ Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico: _____

[Assinatura]

Médico
CRM: 38398

DIAGNÓSTICO	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	
	() 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	
12. Risco de Infecção ()	() Outros	
	() Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização	
	() Registrar e anotar sinais flogísticos Local: <i>AVP + ED</i>	
	() Examinar F.O. e registrar alterações () dor; () Calor; () Rubor; () Edema.	
	() Outros	
	() Outros	

G - Sonda Nasogástrica

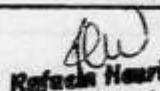
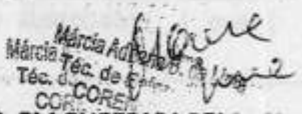
PA - Pressão Arterial

FC: Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso Enteral

HGT - Hemoglicoteste

AVP - Acesso Venoso Periférico

 Thais Carolina dos Santos ENFERMEIRO(A) - D -	 Rafaela Nogueira Enfermeira COREN-PE 345.127 ENFERMEIRO(A) - N -	 TÉC. EM ENFERMAGEM - D -	 Márcia Adenilson Téc. de Enfermagem COREN-PE 345.127 TÉC. EM ENFERMAGEM - N -
---	--	-------------------------------------	---

ASSINATURA E CARIMBO

ASSINATURA E CARIMBO

Anotações do Técnico em Enfermagem

Nome: celso Roberto dos santos D.Nasc.: 27/03/65 Registro: 122319
 Local: Enfermaria: 32 Leito: 01
 Médico: notura colovelo E Data: 21/11/19

Plantão Noturno

AdoGera!:

data: VO(☒) SNE(☐) GTT(☐) Dieta zero(☐)

drão respiratório: espontânea(☒) AVM(☐) VNI(☐) Cat. 02(☐) Venturi(☐)

Veio Venoso: Periférico ☒ Central () Local: 45 Data da troca: _____

renos: Sim() Não(☒)

Evacuação: Presente() Ausente()

Reservações:

Reservações: _____
 Data: Transferência () Local _____ Melhorada () Óbito () Evasão ()

Técnico em

fermagem: Post. EGR, Comilente, Orizento do Negro, Alvega

Seu estado em repouso no leito medido
conforme Presença mediu segue as unidades
de enfermagem. Marcia Costa

[illegible]

TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

NOME: Valio Roberto dos Santos DATA NASC: 23/07/65
REGISTRO: 122319 DATA: 21/11/19 HORA: _____
SETOR DE ORIGEM: 382A SETOR DE DESTINO: _____

S	Situação (Enfermagem)	Nível de Consciência: _____ HGT: _____ PA: _____ Pulso: _____ Temp: _____ FR: _____ Oximetria: _____ Padrão respiratório: () Ar ambiente () Suporte de O2 () CatO2 () NBZ () TOT () Traqueo VM () Traqueo NEB Intercorrência nas últimas 24h: _____
B	Base do cenário (médico)	Breve relato do caso: <u>Ficador externo pat exo MSE</u> Antibiótico profilático: () Não () Sim Antibiótico terapêutico: () Não () Sim Qual: _____ Horário: _____ Drogas Vasoativas: () Não () Sim Qual: _____ Prognóstico: () Crônico () Não Crônico Nutrição: () Jejum () Dieta _____
A	Análise (Enfermagem)	Dispositivos Invasivos: Cateter central () Não () Sim // SVD () Não () Sim Alergia: () Não () Sim Qual: _____ Hemoderivados: () Não () Sim Qual: _____ Medicação de uso contínuo: _____ Riscos: () LPP () Queda () Flebite () Outros: _____ Grau de Complexidade: () Crítico () Semi Crítico () Alta dependência () Intermediário () Mínimo
R	Recomendação (Enfermagem)	Exames Laboratoriais: () Coletado () Não Coletado Qual: _____ Exames de imagem: () Realizado _____ () Pendente _____ Curativo: () Não () Sim Local: <u>MSE</u> Isolamento: () Não () Sim Qual: _____

Enviado por: Ass. Médico _____ Ass. Enfermeiro _____
Recebido por: Ass. Enfermeiro _____ Hora: _____

*Thais Cristina de Jesus
CORTES 14/07/2019 14h*

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Estado de Pernambuco
Secretaria de Defesa Social

POLÍCIA MILITAR

NOME
CELIO ROBERTO DOS SANTOS

SEGUNDO SARGENTO RPPM

RG
35369

ASSINATURA
Celio Roberto dos Santos

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

COMPILA

GABINETE DE IDENTIFICAÇÃO - PAPEL

PAI -XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX-
MATEO JOSEFA HENRIQUE DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO 27/07/1965 MATRÍCULA 00288250

NATURALIDADE ESCADA-PE

TÍTULO ELEITORAL 09575130884 ZONA 019 SEÇÃO 022

CPF 376 885 374-87

LOCAL E DATA DE EMISSÃO Recife-PE 28/09/2017

NEGATIVO A Negativo

AO PORTADOR É PERMITIDO O PORTE DE ARMAS NOS TERMOS DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

04/09/2022

CHAVE DO GABINETE DE IDENTIFICAÇÃO - PAPEL

REPUBLICA - LEI Nº 11.777, DE 25 DE MAIO DE 2008

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima:	Celia Roberto dos Santos		
Data do Acidente:	CPF da vítima:		
Portador da documentação:			
Qualificação do Portador:	☐ Vítima ☐ Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é:		
Endereço do portador:			
Número:	Complemento:	Bairro:	
Cidade:	UF:	CEP:	Telefone: ()
E-mail:			

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☒ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☐ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☐ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☐ Laudo do IML (cópia simples e legível)
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☐ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
 - ☐ CPF do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
 - ☐ Comprovante de residência em nome do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pais ou tutor)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data:	
Identidade:	Celia Roberto dos Santos
Assinatura:	

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☐ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☐ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☐ Relatório do médico assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovantes (originais e legíveis) das despesas médicas hospitalares quitadas
- ☐ Notas fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo recetário médico (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
 - ☐ CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
 - ☐ Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pais ou tutor)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÕES: Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00

Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

- O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa
- Com base na Legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, nesse formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data:	18/02/2020
Nome:	Priscilla
Assinatura:	Priscilla

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200084461 **Cidade:** Escada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CELIO ROBERTO DOS SANTOS **Data do acidente:** 21/11/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA ANTEBRAÇO ESQUERDO. P4,38

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. P4,15,30.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0068065/20

Vítima: CELIO ROBERTO DOS SANTOS

CPF: 376.885.374-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/11/2019

Titular do CPF: CELIO ROBERTO DOS SANTOS

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

CELIO ROBERTO DOS SANTOS : 376.885.374-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/02/2020
Nome: CELIO ROBERTO DOS SANTOS
CPF: 376.885.374-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/02/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

CELIO ROBERTO DOS SANTOS

RAIANNE SILVA BARBOSA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0068065/20

Número do Sinistro: 3200084461

Vítima: CELIO ROBERTO DOS SANTOS

CPF: 376.885.374-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/11/2019

Titular do CPF: CELIO ROBERTO DOS SANTOS

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

CELIO ROBERTO DOS SANTOS : 376.885.374-87

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/03/2020
Nome: CELIO ROBERTO DOS SANTOS
CPF: 376.885.374-87

CELIO ROBERTO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/03/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA