



20/01/2021

Número: **0079426-29.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **15/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CELIO ROBERTO DOS SANTOS (AUTOR)		VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
73796634	20/01/2021 10:30	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 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,

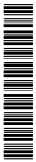
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15553510

Pag. 00291/00292 - carta_01 - INVALIDEZ

00020146





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01873/01874 - carta_03 - INVALIDEZ

00060937



Carta nº 1559658





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

Rio de Janeiro, 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 símbolo ou ASI: 376.885.374-84 3 - CPF da vítima: 376.885.374-84 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: 376.885.374-84
7 - Profissão: Jefeiro 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: (88) 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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - 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)

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. As custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantidade das lesões permanentes decorrentes do 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 esposo(a) ou parceiro(a)? ☐ 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 a quem a 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: Escada 13. Junho 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

47 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

102/2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro do AS: 576.785.374-87 3 - CPF da vítima: 336.885.824-87 4 - Nome completo da vítima: Carlo 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: Carlo Roberto dos Santos 6 - CPF: 336.885.824-87
7 - Profissão: Carreiro 8 - Endereço: Rua São Benedito, 100 9 - Número: 3 10 - Complemento:
11 - Bairro: Senhor 12 - Cidade: Enxoval 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.500-00
15 - E-mail: (81) 99.149.0311

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPEANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0749 5 CONTA: 25666 8 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a seguradora Lider a registrar na conta bancária informada, de minha inteira anuidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a quem eu vier receber, renunciando 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Sou vítima em 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 a análise médica presencial, caso necessário, as custas da Seguradora, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta comunicação não significa nenhuma concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data de 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 natureza jurídica? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

MORTE

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que sua quer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a aplicação de ressarcimento valor indevido além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo):
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo):
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo):

TESTEMUNHAS

38 - 1ª Nome: CPF:
Assinatura da testemunha:
39 - 2ª Nome: CPF:
Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data: Enxoval, 09 de março de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver): Carlo Roberto dos Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

195.031-V032/2019





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



2019 - VIOLÂ
MORCELA - 115221-0
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA

I - LOCAL E DATA

COM ANEXO ☒ SEM ANEXO ☐

Município	ESCALDA	Rodovia	PE-045	Km	
Ponto de Referência	USINA MASSAU ASSU			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 ☒	Frontal	TOMBAMENTO	OUTROS
Animal	Transversal	Traseira	SAÍDA DE PISTA	
		Poste/Árvore		
		Muro/Casa		
		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	SEMAFORO
Longo da Via ☒	Seca ☒	Bom ☒	Manhã ☒	S/Defeito
Cruzamento	Molhada	Chuva	Tarde	C/Defeito
Outros	Enlamecada	Néblina	Noite	Destigado
	Oleada	Gareta	Madrugada	N/Existe ☒

V - CONTROLE DO TRÁFEGO

Policial	Placa "Pare"	MÃO DE DIREÇÃO	DIVISÃO DA VIA
F Pedestre	Placa "Dê a Preferência"	Única	Faixa Contínua
F Retenção	Não há Placas	Dupla ☒	Canteiro Central
			Blocos
			Outros ☒

VI - CONDIÇÕES DOS CONDUTORES

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

VII - DANOS A PROPRIEDADE DE TERCEIROS

Proprietário	Tomou Conhecimento
Natureza das Avarias	



XII – INFRACÇÕES COMETIDAS

	V.1 / V.2		V.1 / V.2
Dirigir s/CNH (Art. 162.I CTB)		Deixar de Prestar Inform.s' acud. (Art. 176.V CTB)	
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/ Laere Violado (Art. 230.I CTB)	
Dirigir Sob. Influên. Alcool (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 Illeg. (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

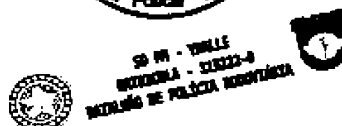
XVI – DADOS NECESSÁRIOS

1 Reboque Efetuado	Policia Militar	Particular	Não Efetuado		
2 Comunicado a Delegacia de		ESCADA – 63º CIRC			Hora 16:30
Nome do Recebedor da Ocorrência		COMISSARIO ALEXANDRE			Matricula 273400-1
XVII – Responsável Pelo BAI	Posto/Grad	SGT PM	Matricula	30481-6	NOME NASCIMENTO
XVIII – Dignador da SSTA		SD PM YSALLE		Of. Chefe da SSTA	MAJ PM SWELLINGTON

CONFERE COM O ORIGINAL QUE
ME FOI APRESENTADO

DATA: 27 / 12 / 2019.

ASS: SD PM 112394-7 QUB



VIII - VEÍCULOS

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

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		CURADII		
Município	JAB GUARARAPES	Rg	3113984	Org. Exp	SSP PE	CPF	499.188.264-87		
CNH/Pront / N°	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	ESCALDA	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	RFCIFE	Rg	35369	Org. Exp	PMPE	CPF	376.885.374-87		
CNH/Pront / N°	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		
Proprietários	RODOVIARIO MONTE SENTENO LTDA								
Residência						Bairro			
Município			Rg	Org. Exp.		CNPJ	82.125.618/0001-42		
Condutor	VEICULO ATRELADO AO VI.								
Residência						Bairro			
Município			Rg	Org. Exp.		CPF			
CNH/Pront / N°	Categoria			Validade		Hora/Dir			

TESTEMUNHA - 01

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

VÍTIMA - 01

Nome	CELIO ROBERTO DOS SANTOS				Natureza dos Ferimentos	Leve	Graves	X	Mortais
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
Socorro	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



IV - SIMBOLOGIA

Automóvel e Outros Veículos de 04 Rodas		Incêndio -	
Ônibus, Carcinhão ou 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 -	

XIII - CROQUI

EM ANEXO



20 PM - VIOLLE
AUTOMOBIL - 215122-4
DEPTO DE POLÍCIA ROODVIA



**BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRAFEGO E ACIDENTE**

ANEXO AO B.A.T. N°

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 Sema-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 / N°	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 / N°	Categoria	Validade		Hora/Dir.

VEÍCULO - 03 / VEÍCULO - 04



Ass.
DE PM - PMLE
PROTEÇÃO - 215223-0
MUNICÍPIO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA



BATALHÃO DE POLÍCIA RODoviÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTES

ANEXO AO B.A.T. Nº

I - CONDIÇÕES DOS CONDUTORES

EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOOLICA - V 3		COMPORTAMENTO - V 3	
Realizado no Local		Permaneceu no local	
Enc. Para Exame		Socorro e Vítima	
Não foi Realizado	V3	Evadiu-se	

II - VEÍCULOS

QUANTO À TRACÇÃO - V 3	ESPÉCIE - V 3	CATEGORIA - V 3
Automotor	Passageiro	Oficial
Elétrico	Carga	Representação
De Propulsão Humana	Misto	Particular
Rebocador ou Semi-reboque	Carrocinha	Aluguel
	Tracção	apreensão
	especial	

III - IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES

VEÍCULO - 1

Marca	Modelo	Ano	Renovam.	Placa
Município	Nº do Chassi			
Carregado	Aprendido	Liberado		
Proprietário				
Residência				
Município	Re.	Org. Exp.		
Condutor				
Residência				
Município	Re.	Org. Exp.		
CNH/Proat. Nº	Categoria	Validade		

VEÍCULO -

Marca	Modelo	Ano	Renovam.	Placa
Município	Nº do Chassi			
Carregado	Aprendido	Liberado		
Proprietário				
Residência				
Município	Re.	Org. Exp.		
Condutor				
Residência				
Município	Re.	Org. Exp.		
CNH/Proat. Nº	Categoria	Validade		

VEÍCULO - 1

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

VEÍCULO -

[Handwritten signature]





XII - INFRACÇÕES COMETIDAS

Deixar o CNH (Art. 162, I, CTB) —
 Conduzir veic. a soc. Port. obrig. (Art. 162, CTB)
 Conduzir veic. a soc. Port. obrig. (Art. 162, CTB)
 Dirigir sob influência de álcool (Art. 163, CTB)
 Deixar de prestar atenção a sinais (Art. 176, CTB)
 Deixar de adequar proc. P. evitar perigo trans. (Art. 176, CTB)
 Deixar de prestar v. tend. de ac. id. (Art. 176, IV, CTB)
 Deixar de prestar v. Qdo. Deixar (Art. 176, IV, CTB)

VI V2	Deixar de prestar informação (Art. 176 V. CTB)
	Deixar Obedecer do Agente Transfere 195 (CTB)
	Conduzir veic. de parte violada (Art. 136, I CTB)
	Conduzir veic. a p/ lado (Art. 120 IV CTB)
	Conduzir veic. a p/ lado ileg. (Art. 130 VI CTB)
	Conduzir veic. Além do limite (Art. 130 VII CTB)
	Conduzir veic. Defeito equív. dirig. (Art. 130 IX)
	Gravar

XEN - CROQUIS



NTV - STRATOLOGIA

-  Automóvel e outros veículos de 3 rodas
-  Ônibus, Caminhão e Trator
-  Trem
-  Veículo de 2 ou 3 Rodas
-  Pedestre
-  Animal
-  Objeto Fixo

 Aurélie
 Martha à Fugue.
 Martha à Ré.
 Durapaglia.
 Capotamento ou Tombamento.
 Local da Colada.
 Depois da colada.

IV - AVARIAS APARENTES

VEÍCULO - 1

VEHICLE - 00

VEHICULO - 1
 EQUIPAMENTO: FORD F1000
 FRENOS DE MARCHA: FRENOS, FREN-
 OUBRE MANTENDO O CARRO SEM
 PARAR, DE FRENTE DE FRENTE
 PORCELA NA LATA DO PISO ELASTICO DE
 FIM CILINDRO

VEICULO - 02

XVI – DADOS NECESSÁRIOS

1 - Reboque efetuado: Policia Militar

Particular

Não efetuado

2 - Comunicado à Delegacia de:

Hora:

Nome do receptor da ocorrência:

Matricular

XVII - RESPONSÁVEL
PELO BAT.

POSTGRAD

MATRÍCULA

NAME _____

PELO BAT.

ASS:

XVIII – Datilógrafo SSTA:

Of Chet's SSTA:





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



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR (ANEXO AO BAT Nº 1211/2019)

DESCREVA ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE: 11-11-2019

MOT. JON ROBERTO TRAFEGANDO NA PC 45
SENDO O VEICULO DE SANTO ANTÃO UM
VEICULO FOX ENVIADO A FAIXA POLICIA
NA LATERAL ESQUERDA DA CARRETA
O MESMO COLOCOU A MÃO DE LADO DE FOIÇA
DO SEU VEICULO FOX BRANCA PLACA PDV 8754

Veículo: IVECO 380 CARRETA
Nome do Condutor: JON ROBERTO FREITAS
RG: 3113984 Órgão Expedidor: CPF: 44918826487
Placa do Veículo: MBH 0943 Data: 21/11/19 Hora: 19:30

Assinatura: JON ROBERTO FREITAS

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.



PROCURADORIA GERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

PROCURADOR GERAL DO ESTADO

PROCURADOR GERAL DO ESTADO

1-2099/19
06.11.2019

1. Quanto ao item 11.1 Foi assinado por ?
Foi assinado por [assinatura]

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
1-2099/19
06.11.2019

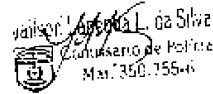
499107264-87

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
1-2099/19
06.11.2019



Figure 1: Schematic representation of the experimental design. The figure is divided into three panels: (a) Pretest, (b) Experiment 1, and (c) Experiment 2. Panel (a) shows a sequence of stimuli: a fixation cross, a target stimulus, and a response. Panel (b) shows a sequence of stimuli: a fixation cross, a target stimulus, a distractor stimulus, and a response. Panel (c) shows a sequence of stimuli: a fixation cross, a target stimulus, a distractor stimulus, and a response. The stimuli are represented by small icons of a person and a car.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 063ª CIRCUNSCRIÇÃO - ESCADA - DP63ªCIRC
DINTER/112ªDESEC

BOLETIM DE OCORRENCIA 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 de(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** Nacionalidade: **ESCADA - PERNAMBUCO - BRASIL** Cód. de Ident. 35389-PM/PE (RG) 37588537487 (CPF) Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: **POLICIAL MILITAR** Telefone Celular: **-91808385**

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

SEM AUTORIA - Ramo da Atividade: **NÃO INFORMADO**

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

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

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

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DE ESCADA - CARTÓRIO ÚNICO
YANIELIA FILAR, ELIAS MATIAS DOS SANTOS - SUBSTITUTA MARCELY MATIAS COSTA DOS SANTOS

02/01/2020 10:55

[Assinatura manuscrita]
AV. DR. JOSÉ HENRIQUE 199 - CENTRO - ESCADA/PE - CEP: 55.200-000 - TEL. (81) 3343.1555/1711



Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **P0W6754** (PERMANENTE) (NÃO INFORMADO) Renavam: **104618923** Chassi: **98WAB45Z0F4054001**
 Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCOGASOL**

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 HILBER CAMARA, ATENDIDO COM PRONTUARIO 122319 PELO MEDICO IJACIEL SOARES CRM 17726, IGOR ADUTRAB CRM 27778 E ENFERMEIRA AL CINEIDE MENEZES COREN 256038. VITIMA COM FRATURA EXPOSTA OSSO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO + PUNHO. LESÃO DE NERVO INTEROSSEO.

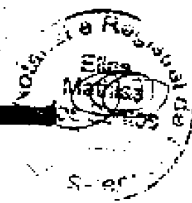
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

[Assinatura]
CELIO ROBERTO DOS SANTOS
 (VITIMA)

B.O. registrado por: **JAILSON LAPENDA LOPES DA SILVA** - Matrícula: **360755-6**

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DE ESCADA - CARTÓRIO ÚNICO
 TABELÃO TITULAR: ELIAS MATHIAS DOS SANTOS | SUBSTITUTO: MARCELLE MATHIAS COSTA DOS SANTOS

AV. DR. JOSE HENRIQUE, 196 - CATRO - ESCADAPE - CEP: 55.900-000 - TEL: (41) 3534-1555 / 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 símbolo 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 Beneditino 9 - Número: 3 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Escada 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.500-00
15 - E-mail: (88) 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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - 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 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. As custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantidade das lesões permanentes decorrentes do 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 esposo(a) ou parceiro(a)? ☐ 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 a fim 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: Escada 13. Junho 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

47 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

102/2019



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 50135-000
CNPJ 16.931.932/0001-26 (Insc. Est. 0005943-61 - AAV 0098.007117)

DADOS DO CLIENTE

CELSO ROBERTO DOS SANTOS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SAO BARTOLOMEU, 111

CPF: 075.005.075-01

CENTRO ESCOLA
ESCOLADA PE
55500-030

CLASSIFICAÇÃO
DE RESIDÊNCIA
RESIDENCIAL
Votação 29

0124851033

12/2019

DATA DE VENCIMENTO

16/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

16/01/2020

13/01/2020

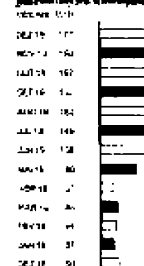
TOTAL DA FATURA

155,18

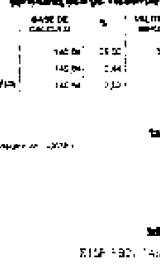
RECONSTITUÍDO DE CONSUMO DEBTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE CONSUMO	CONSTANTE	ALISTE	CONSUMO (KWH)
115577784	AT	15/12/2019	142,00	15/12/2019	142,00	12	1.0000		12,00

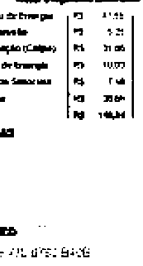
ANÁLISE DE CONSUMO



ANÁLISE DE TENSÃO



ANÁLISE DE CARGA



INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Fornecemos esta fatura eletrônica para que você possa acompanhar o consumo de energia elétrica em tempo real. Para isso, é necessário que você tenha o aplicativo da CELPE instalado no seu celular. O aplicativo é gratuito e pode ser baixado na loja de aplicativos do seu celular. O aplicativo também oferece a opção de pagar a fatura eletrônica diretamente pelo aplicativo. Para mais informações, consulte o site da CELPE: www.celpe.com.br.

Para mais informações, consulte o site da CELPE: www.celpe.com.br. O aplicativo também oferece a opção de pagar a fatura eletrônica diretamente pelo aplicativo. Para mais informações, consulte o site da CELPE: www.celpe.com.br.

DADOS DE TENSÃO					TENSÃO NOMINAL (V)		FAZTE DE VARIAÇÃO (%)	
CONSUMO	VALOR MÁXIMO	VALOR MÍNIMO	VALOR MÉDIO	VALOR ATUAL	220	220	220	220
CONSUMO	1.00	1.00	1.00	1.00	220	220	220	220
CONSUMO	1.00	1.00	1.00	1.00	220	220	220	220
CONSUMO	1.00	1.00	1.00	1.00	220	220	220	220

CONTA CONTRATO: 0124851033 MESANO: 12/2019 DATA DE VENCIMENTO: 16/01/2020 TOTAL A PAGAR (R\$): 155,18





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 534701

Senha da Classificação:

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

Paciente: 122319 CELIO ROBERTO DOS SANTOS

Sexo: FEMININO

Data do Nascimento: 27/07/1965 Idade: 54 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMBAURG

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 ALCOOLIZADO COM
TRAUMA GRAVE M56

Exame Físico

História Diagnóstica

NO FIST EXPOSICAO GASTRO

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

AO BLOQUE

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

Carimbo/Médico

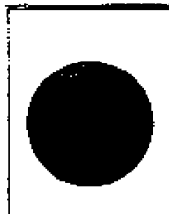


HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

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:

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

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



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: melhora

Diagnóstico: Frat. ex. distal do ulnare (C)

Procedimento: Limp. cirúrgica Dr. Igor Abutrab

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

Médico e C.R.M.: CRM PE: 37778

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G.:

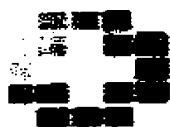
Hospital Dom Helder Câmara
Solenha Lyra
Faturamento / GABE

RAIO-X

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

10/DEZ/2019





**HOSPITAL
DOM HELDER**



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 4/12/2019 11:48

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: CELIO ROBERTO 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 (LESAO DE NERVO INTEROSSEO) FERIMENTO SEM SAIDA DE SECREÇÃO .

NO MOMENTO SEM CONDIÇÕES CLINICAS PARA TTO CIRURGICO. ALTA PARA RETORNO EM 15 DIAS. PARA SEGUNDO TEMPO CIRURGICO

EXAME FISICO:

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 FAMILIA SOBRE CUIDADOS, RISCOS E RETORNO**
- **MEDICAÇÃO PARA CASA**
- **RETORNO AMBULATORIAL**
- **ATESTADO**
-

Dr. Igor Abutrab
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE: 27775



TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL – NRS 2002

Data: 26/11/19

Paciente: Celso Roberto das Santos Registro: 122819
 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 proteico 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 proteico 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	-	-	-	-

Carla Souza
 Nutricionista
 CRN 14719

Nutricionista

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

Andrup J, Allison SP, Eila M, Velaz B, Plaath 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):411-21. *European Society for Parenteral and Enteral Nutrition. Questionário traduzido e utilizado pela nutricionista Mariana Raslan



405.01

Registro: 122319

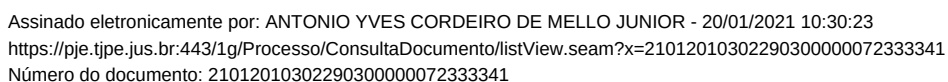
Enfermaria: Bioco

Leito

Scienc's Tyro
Faturamenta / SAME

Hospital Dom Helder Cármas
Rua do O. Santos Calado
Londrina, Paraná Serviço Su. 21
13.04.1985 24.05.1985

COD. 38251





**HOSPITAL
DOM HELDER**



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. Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
25-11-2019





**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
Hospitalar
26 NOV 2019**





**HOSPITAL
DOM HELDER**



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.

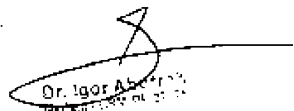
**PCT NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL, AGUARDANDO
MELHORA 2 TEMPO . COM MELHORA PARCIAL DA MOBILIDADE (**
PRAXIA DE NERVO INTEROSSEO

- 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 A. de Mello Junior
28 NOV. 2019



DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
FICHA DE EVOLUÇÃO NUTRICIONAL

Paciente: Pélio 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 () 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: _____

Alteração de padrão Alimentar: () Redução na quantidade

() Dieta líquida () Dieta líquida sem resíduos

Uso da 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: _____

Assinatura do Nutricionista
Solange Lyra
Faturamento / SAME
Em: _____

Assinatura do Nutricionista
Solange Lyra
Nº 14739
CRM 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

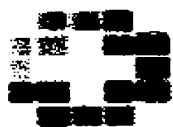
PACIENTE NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL, NEGA QUEIXAS,

CONDUTA :

AGUARDA 2º TEMPO CIRURGICO

Dr. Igor Dutra
Médico CRM-PE 27.714
30 NOV 2019





**HOSPITAL
DOM HELDER**



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: Cleu Roberto dos Santos Data: 03/12/19
Registro: 122319 Idade: 44 Enf/Leito: 405 I

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: _____

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 () Hiper-glicemia

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

() Outros: _____

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

() PARENTERAL:

RISCO NUTRICIONAL: () SIM ☒ NÃO

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

UH - Hospital Dom Helder Câmara
Solange Lyra
Faturamento / SAME
am

Larissa Sampaio
Nutricionista
CRN 14724

Nutricionista



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Celso Roberto Registro: _____

Clinica: 000 Enfermaria: 70 Leito: 205-1

Data/Hora	
	<u>000</u>
	<u>29.11.19</u>
	<u>10h</u>
	<u>Paula Izabel de Aguiar</u>
	<u>770 agudo. deprimido</u>
	<u>CA</u>
	<u>Medica</u>
	<u>Olivia de Almeida</u>
	<u>Dr. Mariana S.</u>
	<u>Psicologia</u>
<u>04.12.19</u>	<u>Demante visita ao psq e mantendo demonstrando</u>
<u>14.30h</u>	<u>estabilidade, mas repete queixa. Refere clausura</u>
	<u>de alta hospitalar.</u>
	<u>MR Celso Guerra</u>
	<u>Psicólogo CRP: 11044</u>
	<u>Hospital Dom Helder Câmara</u>
	<u>Sotango Lyra</u>
	<u>Patronato / SAME</u>
	<u>Em: _____</u>

COD. 38257





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

Paciente

CELYTO ROBERTO DOS SANTOS

Sexo

Cor

Idade

Risco

M

R

54

ASA 3

CRM

Nome do Anestesiista

Nome do Cirurgião

007039 AIRYOS SP468 CARLETO

Mentecão Pré-anestésica

Urgência

☒ NÃO

☐ SIM

Cirurgia

Refração de Fixador Externa Nojo E

Horário

13:30 16:30

N₂O

Sat₉₅

SaO₂

ECG

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

-420

-440

-460

-480

-500

-520

-540

-560

-580

-600

-620

-640

-660

-680

-700

-720

-740

-760

-780

-800

-820

-840

-860

-880

-900

Medicamentos Usados

Quantidade

1) Propofol 20
2) Midazolam 15mg
3) Fentanyl 25µg
4) Desflurano 150
5) Propofol 500
6) Succinilcolina 10mg
7) Atracurium 20
8) Transfuso 20
9) Ondansetron 4mg

Técnica Anestésica

1) Montagem -
endovenosa - via
de pontuação 2) 30
3) 20 venosa 3) Oxi
citrato na

Monitorização

☐ BIS

☒ Cardíaco

☐ Temperatura

☒ Oxímetro

☐ Swan-Ganz

☒ PNI

☐ Analisador Gases

☐ Sonda Vesical

☐ PVC

☐ Capnógrafo

☐ Estimulador de Nervo

☐ Estet. Pré-Corda

☐ Linha Arterial

☐ Outros

☐ Volume IBP Plus

MD MSD primo

Encaminhado

☒ Acordado

☐ Sono entu

☐ Intubado

☐ Destino

☒ SRPA

☐ Apart/Ent

☐ UTI

☐ Externo

Intercorrência:

☒ NÃO

☐ SIM

Descrever:

Observações:

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

Assinatura do Anestesiista



 HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA		SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA BLOCO CIRÚRGICO - SRPA		 GESTÃO IMIP HOSPITALAR	
Nome: <u>Helio Roberto dos Santos</u>			Registro: <u>122319</u>		Leito:
Procedimento cirúrgico:			Data: <u>27/11/19</u>		Hora:
DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM				HORÁRIOS
1. Ansiedade ()	☒ Encorajar verbalização dos sentimentos e medos ☒ Proporcionar apoio emocional ☒ Dar informação ao paciente e familiares ☐ Outros				
2. Ventilação prejudicada ()	☐ Manter decúbito elevado ☐ Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário ☐ Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz ☐ Manter o paciente em posição de Fowler ☒ Anotar horário/valor de queda da saturação. FC e FR ☒ Instalar ☒ Manter ☐ Anotar oximetria de pulso ☐ Outros				
3. Padrão de eliminação urinária () Diminuído () Aumentado	☐ Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ____/____h ☐ Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen) ☐ Colocar o paciente em posição de Fowler ☐ Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição ☐ Registrar se: () Dor ao urinar ☐ Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea ☐ Outros				
4. Dor ☒ MSE Local: _____ () 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 ☒ MSE Local: _____ () 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

Leito da SRPA: 2-00

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

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: 1º Cir. Retirada de fixação externa
Tipo de anestesia: geral venosa
Equipe: Dr. Leonardo Lameira Anestesista: Dr. Carlos

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: 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>126x92</u>	<u>127x92</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 encargo: Dr. Graciel Couto

Alta da SRPA pelo médico: _____
Médico 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</u> ☒ Examinar F.O. e registrar alterações ☒ dor; ☒ Calor; ☐ Rubor; ☐ Edema. ☐ Outros	
	☐ Outros	

G - Sonda Nasogástrica

PA - Pressão Arterial

FC: Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso Enteral

HGT - Hemoglicoteste

AVP - Acesso Venoso Periférico

			
ENFERMEIRO(A) - D -	ENFERMEIRO(A) - N -	TÉC. EM ENFERMAGEM - D -	TÉC. EM ENFERMAGEM - N -

ASSINATURA E CARIMBO

ASSINATURA E CARIMBO



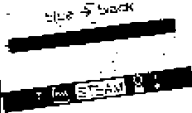
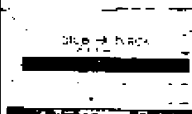
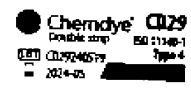
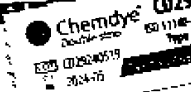
IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome Alu Roberto dos Santos Data: 27/11/15 Registro: 12319
Convênio: SUS Leito: _____ Hora: 15:30

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. Leonardo Lima 1º auxiliar: _____
Anestesista: Dr. Carlos Instrumentador: _____
Circulante: Onaka

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
lap copo bacia MII bandeira	 	 

CÓD 38236



MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

PACIENTE:	Pelo Roberto dos Santos			DATA:	27/11/19		
CIRURGIÃO:	Dr. Leonardo Carneiro			RG:	023.19		
ANESTESISTA:	Dr. Carlos			AUXILIAR:			
CIRURGIÃO:	TTC retirada de fixador externo			ANESTESIA:	geral lencosa		
ESTRUMENTADOR:				COORDENAÇÃO DO BLOCO:	Riana		
CIRCULANTE:	Suelen			COREN:			
ENFERMEIRA:	Thaís			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

TUBOS			
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 08	FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12
FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20
NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 16
NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4
URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20
FIOS CIRURGICOS			
ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDIACA
CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 2
PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	CERA P/OSSO	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	AÇO 1	AÇO 4	AÇO 6

CÓD 38407



**GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO**

1 - IDENTIFICAÇÃO:

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

2 - EQUIPE MÉDICA:

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

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: TT retirada 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:

Calímetro de Pulso (☒) Monitor Cardíaco (☒) PNI (☒) Bomba CEC () Aspirador ()
Cochão Térmico () Bisturi Ultrassônico () Artroscópio () Microscópio ()
Bisturi Elétrico () Local da Placa _____
Carro de Anestesia (☒) Depressor () 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: Sigue em anexo ao CIRURGIA: _____
monitorio de paciente

6 - OBSERVAÇÕES:

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

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

Data: 27/11/19 Hora: 16:50 Enfermeira: Thaís Circulante: Shaila

CÓD. 38607



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA

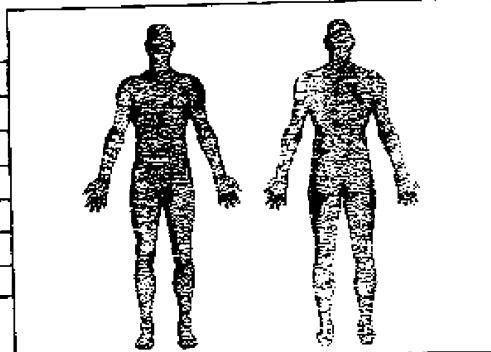
Data: 24/11/19

Hora: _____

CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome: Celio Roberto dos Santos	Registro: 222319
Data de Nascimento: 23/07/1975	Leito: 405-1
Sector: 405	



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: N/A		SNE () SNG ()	
NÃO () OBSERVAÇÃO:		SVD ()	
		Outra:	
ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO		DRENO	
SIM () QUAL: Cefazolin 1g/6hs		SIM () NÃO ()	
NÃO () OBSERVAÇÃO:		Qual:	
		Local:	
SIM () QUAL:			
NÃO () HORÁRIO DA ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO:			

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE			
JEIUM:	SIM () NÃO ()	À partir do dia: 24/11/19 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 ()		

Enfermeiro Responsável:

COD 38404

(Assinatura Eletrônica)





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

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

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 122319

Nome: CELIO ROBERTO DOS SANTOS

Mãe: JOSEFA HENRIQUE DOS SANTOS

End: RUA SAO BARTOLOMEU

Enferm: 405 - 01 - LT TRAUMA

Atendimento: 534708

Leito: 715

Dt.Cad: 21/11/2019

Dt Nasc: 27/07/1965

Bairro: CENTRO

Cidade: ESCADA

CNS: 701803285346879

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

Rc

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 msc

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 20/01/2021 10:30:23



**IMIP****TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE**

NOME: <u>YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR</u> DATA NASC: <u>23/01/1965</u>	
REGISTRO: <u>22319</u> DATA: <u>23/01/19</u> HORA: _____	
SETOR DE ORIGEM: <u>SALA</u> SETOR DE DESTINO: _____	
S Situação (Enfermagem)	Nível de Consciência: _____ HGT: _____ PA: _____ Pulso: _____ Temp: _____ FR: _____ Oxiimetria: _____ Padrão respiratório: () Ar ambiente () Suporte de O2 () Ceto O2 () NEZ () TOT () Traquea VM () Traquea NEB Intercorrência nas últimas 24h: _____
B Base do caso (médico)	Breve resumo do caso: <u>Retirada de fúndos 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: _____ Hiperdermatite: () Não () Sim Qual: _____ Indicação de uso contínuo: _____ Risco: () 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: _____

Livrado por: Ass. Médico _____

Ass. Enfermeiro _____

Recebido por: Ass. Enfermeiro _____

Hora: _____



TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

NOME: Elly Valéria das Santos DATA NASC: 24-07-75
REGISTRO: 192319 DATA: 27-07-1975 HORA: 15:00
SETOR DE ORIGEM: INO SETOR DE DESTINO: BE

S	Situação (Enfermagem)	Nível de Consciência: <u>lucidez alerta</u> HGT: <u>69</u> PA: <u>140x90</u> Pulso: <u>328</u> FR: <u>328</u> Oximetria: <u>98</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>USE</u> Isolamento: () Não () Sim Qual: <u>_____</u>

Enviado por: Ass. Médico _____ Ass. Enfermeiro Márcia S. França
Recebido por: Ass. Enfermeiro _____ Hora: _____
COREN-PE 438.447



Tipo de documento:	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	Data:	17/04/2019
Título:	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	Versão número:	001
Responsável pelo procedimento:	Dr. André Sansão	Resposta:	60

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 Doutor Helder Câmara.

☐ Paciente

☐ Responsável

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

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

a que será 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.

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: Guilherme Maria dos Santos RG: _____

Data de nascimento: 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. R. R. 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, 21 de 11 de 20 19

Dr. Carlos R. P. R. R.
Assinatura / Carimbo do médico
CRM 18.980

Rodovia BR 101 Sul - KM 28, Cabo de Santo Agostinho - PE 510-000
Fone: 3183-0000



Nome do paciente:	Nome do responsável:	Endereço:
TERMO DE CONSENTIMENTO	TER: 001	17/04/2019
Título:		Versão número:
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO		001
Responsável pela elaboração:	Responsável pela aprovação:	Revisão:
Bruna Melo	Dr. André Sansão	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: _____
- ☐ Exame: _____

a que será 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: 781-765-734-34

Data de nasc.: 29/01/71 Grau de parentesco: Esposa

Cabo de Santo Agostinho, ____ de ____ de 20 ____

Guilherme Maria dos Santos
Assinatura do paciente/representante legal

Preenchimento Obrigatório Médico

Eu, _____, CRM: _____, médico responsável pelo esclarecimento do procedimento, prester 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 ____

CRM 13783-7
Ortopedia - Traumatologia
Dr. Leonardo Carajá

Assinatura / Carimbo do médico

Rodovia BR 101 Sul - KM 28, Cabo de Santo Agostinho - PE; CEP 54510-000
Fone: 3183-0000



Tipo de Documento: TERMO DE CONSENTIMENTO	Nome do Documento: TER-001	Exemplar: 17/09/2019
Título: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	Versão número: 001	
Responsável pelo Elaboração: Bruna Faria	Responsável pela Aprovação: Dr. Antonio Santos	Assinatura: 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 anestesiológico abaixo identificado, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente cadastrados por esta instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico: _____

Declaro ainda que:

- 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 anestesiológico. A(s) alternativa(s) de procedimento anestésico indicadas para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações me foram explicadas satisfatoriamente.
- 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.
- 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.
- Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anestesiológico 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).
- 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: Gilberto Maria dos Santos RG: 783-764-734-34

Data de nasc.: 29.01.71 Grau de parentesco: Esposo

Cabo de Santo Agostinho, 27 de novembro de 2019.

Gilberto 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

Rodovia BR 101 Sul - KM 28, Cabo de Santo Agostinho - PE; CEP 54510-000
Fone: 3183-0000



405-1

 HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA ADMISSÃO DATA: <u>22/11/19</u> HORA: <u>17:00</u>	GESTÃO  IMIP HOSPITALS

HISTÓRICO

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Celso Roberto dos Santos Registro: 192317 Clínica: MO
 Enfermaria: UOS Leito: 05 Diagnóstico: FUSI ETV E

2. QUEIXAS PRINCIPAIS

S/queixas

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

☒ Alergias Quais: Não ☐ Tabagismo ☐ Epilepsia ☐ 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: Não

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 ☐ Choro ☐ 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 ☐ Crepítantes 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 ☐ Gravidico 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
☐ AMPUTACÃO Local: _____ ☐ GESSO Local: N ☐ TALA GESSADA Local: NSE
 Outros: _____

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica	MMSS- Membros Superiores	MMII- Membros Inferiores	FR- Frequência respiratória
FC- Frequência Cardíaca	VO- Via Oral	SVD- Sonda vesical de demora	SVA- Sonda vesical de alívio
SNG- Sonda Nasogástrica	SNE- Sonda Nasoenteral	VAS- Via Aérea Superior	GTT- Gastrostomia

Ma Caroline S. Santana
 Enfermeira
 COREN-PE 138.497





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

Paciente: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR Sexo: M Cor: Pd Idade: 54 Risco: II

CRM: 30.000 Nome do Anestesiologista: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR Nome do Cirurgião: ROBERTO

Medicação Pré-anestésica: 20mg 222319 Urgência: ☐ NÃO ☐ SIM

Cirurgia: Trat. cirúrgico Frac. exp. do antebraço esquerdo

Horário	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	
Q ₂	[Handwritten data]																																																											
Q ₁₀	[Handwritten data]																																																											
Q ₅	[Handwritten data]																																																											
Q ₁	[Handwritten data]																																																											
Q ₀	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₁	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₂	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₃	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₄	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₅	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₆	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₇	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₈	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₉	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₁₀	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₁₁	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₁₂	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₁₃	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₁₄	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₁₅	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₁₆	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₁₇	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₁₈	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₁₉	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₂₀	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₂₁	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₂₂	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₂₃	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₂₄	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₂₅	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₂₆	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₂₇	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₂₈	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₂₉	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₃₀	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₃₁	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₃₂	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₃₃	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₃₄	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₃₅	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₃₆	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₃₇	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₃₈	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₃₉	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₄₀	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₄₁	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₄₂	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₄₃	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₄₄	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₄₅	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₄₆	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₄₇	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₄₈	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₄₉	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₅₀	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₅₁	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₅₂	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₅₃	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₅₄	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₅₅	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₅₆	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₅₇	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₅₈	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₅₉	[Handwritten data]																																																											
Q ₋₆₀	[Handwritten data]																																																											

Drogas Usadas	Quantidade
Fentanyl	20mg
Clorpromazina	20g
Propofol	40g
Citramina	50mg
Diazepam	20g
Etiofoprima	40g
Insulina	4mg
Sonda de O ₂	4mg

Técnica Anestésica:
Preoxigenação +
Indução com Propofol +
Mantimento com Propofol +
Intubação com Sonda de O₂
+ JCI de 12 + C
Cur. 1mg
V₀ C₀ = 500
Fr = 10 P₁ = 15

Monitorização ☒ Cardíaco ☒ Oximétrico ☒ ECG ☒ Capnógrafo ☐ Estet. Pré-Cordial ☐ Outros ☐ BIS ☐ Temperatura ☐ Swan-Ganz ☐ Analisador Gases ☐ PVC ☐ Estimulador de Nervos ☐ Linha Arterial ☐ Volêmica IBP Plus	Encaminhado ☒ Acordado ☐ Sono profundo ☐ Intubado Destino ☒ ORPA ☐ Adm/Enl ☐ UT ☐ Extremo	Intercorrência: ☒ NÃO ☐ SIM Descrever: Observações: Tereza C. Silva Anestesiologista CRM 5010
---	--	--

Assinatura do Anestesiologista



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 Sim	0 25
2	Diagnóstico Secundário	Não Sim	0 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 Sim	0 20
5	Movimentação do Paciente / transferência		
	Normal/Repouso no leito	Sim	0
	Debilidade	Sim	10
6	Prejudicada (restrito ao leito)	Sim	20
	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	



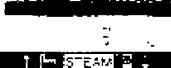
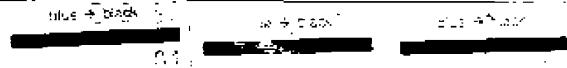
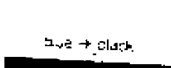
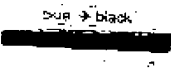
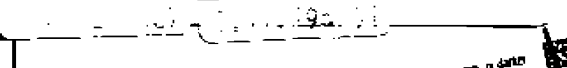
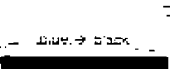
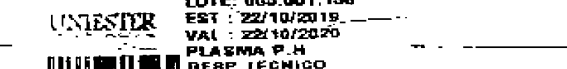
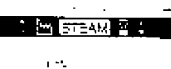
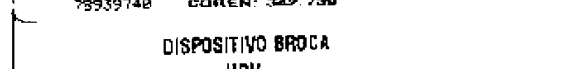
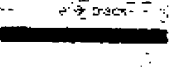
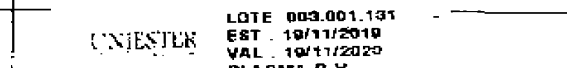
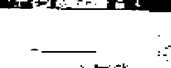
IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: Celso Roberto dos Santos Data: 21/11/19 Registro: 222319
Convênio: SUS Leito: _____ Hora: 11:30

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. Hamero 1º auxiliar: _____
Anestesista: Dr. Tereza Instrumentador: Karina
Circulante: Souza

INSTRUMENTAL	VALIDADE Blue → black	INDICADOR
<u>Capote</u>		
<u>Capote</u>		
<u>Caneta</u>		
<u>mmII</u>		
<u>Punko de focos</u>		
<u>aspirador</u>		
		
		
		
		
		

Chemdyne 0029
Dispositivo Broca
LOT: 003.001.136
EST: 22/10/2019
VAL: 22/10/2020
PLASMA P.H
RESP TECNICO
RICARDO LEITE
COREN: 342.739

UNESTER
78939748

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



PACIENTE:	Célio Roberto dos Santos			DATA:	21/11/19		
CIRURGIÃO:	Dr. Hemery			RG:	122819		
ANESTESISTA:	Dr. Tereza			AUXILIAR:			
CIRURGIÃO:	Dr. Everaldo Aponte - mte			ANESTESIA:	Geral		
ESTRUMENTADOR:	Carina			COORDENAÇÃO DO BLOCO:	Quana		
CIRCULANTE:	Gleitz / Juçene			COREN:			
ENFERMEIRA:	Thaís Loucy / Rômulo			MORÁRIO INICIAL:	12.25		
				HORÁRIO 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. PRESSÃO

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
DRENOS			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCCAO 3,2	SUCCAO 4,8	SUCCAO 6,4
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36
SONDAS			
ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ. 2,0	ENDOTRAQ. 2,5	ENDOTRAQ. 3,0
ENDOTRAQ. 3,5	ENDOTRAQ. 4,0	ENDOTRAQ. 4,5	ENDOTRAQ. 5,0
ENDOTRAQ. 5,5	ENDOTRAQ. 6,0	ENDOTRAQ. 6,5	ENDOTRAQ. 7,0
ENDOTRAQ. 7,5	ENDOTRAQ. 8,0	ENDOTRAQ. 8,5	ENDOTRAQ. 9,0
FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
FOLEY 2VIAS 06	FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12
FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20
NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 16
NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4
URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20
FIOS CIRURGICOS			
ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDIACA
CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 2
PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	CERA P/OSSO	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X7,5	ACO 1	ACO 4	ACO 6

CÓD. 38401



**GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO**

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Elcio Roberto dos Santos Data: 01/11/19 Hora: _____ Registro: 122519
Convênio: SUS Leito: _____ Paciente: _____ Altura: _____

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Samuel Anestesiologista: Dr. Torquato
Auxiliar: _____ 2º Auxiliar: _____ Instrumentador: Marino

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Dr. Exposta MS Início: _____ Término: _____
Anestesia: General 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: mala

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 () Artoscópio () Microscópio () Capnógrafo ()
Bisturi Elétrico () Local da Peça _____
Cabo de Anestesia () Difusor () Intensificador ()
Ap. Vídeo () Bomba de Infusão () Nº ()
Oxigênio () Início _____ Término _____
Protótipo () 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 Pare SR sem intercorrências

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

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

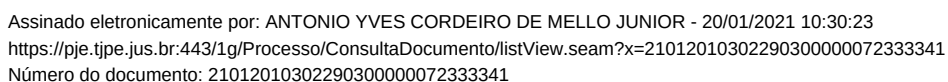
Data: 01/11/19 Hora: _____ Enfermeira: Thais Circulante: Dirlei/Daniel

COD. 38637



MEDICAMENTOS DA SALA CIRURGICA

DESCRIÇÃO MEDICAMENTO USADO EM SALA	QUANTIDADE
ÁGUA BIDESTILADA C/10ML	
ÁGUA BIDESTILADA C/500ML	
ALFENTANIL 0,5MG/5ML	
ATRACURIM 25MG/2,5ML	
ATROPINA 0,25 MG/1ML	
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% C/10ML	
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% C/250ML	
BUPIVACAÍNA C/ADRENALINA 0,5% C/20ML	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA 0,5% C/4ML	
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5% C/4ML	
BUPIVACAÍNA S/ADRENALINA 0,5% C/20ML	
CEFALOTINA 1G IV/IM	
CEFAZOLINA 1G IV	
CEFTRIAXONA 1G IV	
CETOPROFENO 100MG IV	
CIPROFLOXACINA 200MG/100ML	
CLONIDINA 150MCG/1ML	
CLONIDINA 150MCG/1ML	
CLORETO DE POTÁSSIO 10% C/10ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/1000ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/100ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/250ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/500ML	
DEXAMETAZONA 4MG/2,5ML	
DEXTRO CETAMINA 10ML (CETAMINA S+)	
DIAZEPAM 10MG/2ML	
DIFENIDRAMINA 50MG/1ML	
DIPIRONA 500MG/2ML	
DOBUTAMINA 250MG/20ML	
DOPAMINA 50MG/10ML	
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	
IPSILOM 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)	

[illegible]



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

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

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

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

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?

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

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

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

☒ Sim

☐ Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

☒ Sim

☐ Não se aplica

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

☒ Nome do procedimento realizado

☒ 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 para exp de MSE

Assinatura
CORRETO



 HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA		SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA BLOCO CIRÚRGICO - SRPA		 GESTÃO IMIP HOSPITALAR	
Nome: <u>Ulisses Roberto dos Santos</u>			Registro: <u>122319</u>		Leito: _____
Procedimento cirúrgico: <u>Fixador externo MSE</u>			Data: <u>21/11/19</u>		Hora: _____
DIAGNÓSTICO		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		HORÁRIOS	
1. Ansiedade ()		☒ Encorajar verbalização dos sentimentos e medos ☒ Proporcionar apoio emocional ☒ Dar informação ao paciente e familiares ☐ Outros _____			
2. Ventilação prejudicada ()		☐ Manter decúbito elevado ☐ Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário ☐ Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz ☐ Manter o paciente em posição de Fowler ☒ Anotar hora e volume de cada 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 24h ☐ Outros _____			
6. Sangramento () Local: <u>MSE</u> () Leve () Moderada () Severo		☐ Aferir pressão arterial de ____/____mmHg ☐ Manter elevado: _____ ☒ Realizar curativo oclusivo ☐ Outros _____			
7. Imobilidade no leito prejudicada ()		☐ Pinçar dreno ao manusear o paciente ☐ Avaliar mobilização de dreno (Tracionado) ☐ Manter repouso no leito em posição: _____			

COD. 38605





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

L-01

1. Identificação

Nome: Alcio Robert dos Santos data: 01/11/19 Hora: 14:10 Registro: 422319
Leito de origem: _____

Leito da SRPA: _____

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Proctotomia externa HSE
Tipo de anestesia: geral
Equipe: Dr. Helder Anestesista: Dr. Figueira

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: 104 x 71 mmHg FR: 18 p/min FC: 102 p/min SaPO2: 96%
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30h	2:00 h	3:00 h
PA	112/55	110/40	121/50	122/51	117/49	
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: _____



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: <i>AVP + PD</i> ☐ Examinar F.O. e registrar alterações () dor; ☒ Calor; ☐ Rubor; ☐ Edema. ☐ Outros	
	☐ Outros	

G - Sonda Nasogástrica

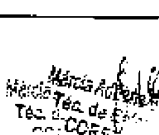
PA - Pressão Arterial

FC: Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso Enteral

HGT - Hemoglicoteste

AVP - Acesso Venoso Periférico

 ENFERMEIRO(A) - D -	 ENFERMEIRO(A) - N -	 TÊC. EM ENFERMAGEM - D -	 TÊC. EM ENFERMAGEM - N -
--	--	---	---

ASSINATURA E CARIMBO

ASSINATURA E CARIMBO



Anotações do Técnico em Enfermagem

Nome: Roberto de Souza D.Nasc.: 27/07/65 Registro: 222319
 Mãe: Alcides Enfermeira: SR Leito: 01
 Posto: Voluntária Colômbia E Data: 21/11/19
Plantão Noturno

Estado Geral:

Via VO ☒ SNE ☐ GTT ☐ Dieta zero ☐
 Ventilação respiratória: espontânea ☒ AVIM ☐ VNI ☐ Cat. 02 ☐ Venturi ☐
 Acesso Venoso: Periférico ☒ Central ☐ Local ☒ Data da troca: _____
 Ferimentos: Sim ☐ Não ☒
 Urina: Espontânea ☒ SVD ☐ Outros: _____ Evacuação: Presente ☐ Ausente ☐
 Observações: _____
 Transferência ☐ Local _____ Melhorada ☐ Óbito ☐ Evasão ☐

Técnico em

Enfermagem: Post EGR, comente o sintoma neg. oligúrico
SSM estáveis em repouso no leito medizado
conforme presenças med. segue ao cuidado
de enfermagem Manoel Carlos

Horário	SINAIS VITAIS					CONTROLE HÍDRICO									
	HGT	FC	PA	SAT O ₂ E FR	TEMP	DIETA	GANHOS			PERDAS					
							NPT	HDT	MEDIC	TRANS FUSÃO	DREN	DIUR	EVAC	HDL	SONDA NASOG
20															
21															
22															
23															
24	145	101	145/89	95	36	40									
01															
02															
03															
04															
05															
06	171	99	131/90	99	36	40									
07															
08															



TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

NOME: <u>Alcio Roberto dos Santos</u>		DATA NASC: <u>23/07/65</u>
REGISTRO: <u>122319</u>		DATA: <u>21/11/19</u>
SETOR DE ORIGEM: <u>SRPA</u>		HORA: _____
SETOR DE DESTINO: _____		
5	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 hot 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 () Febre () 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: _____

[Assinatura]
 Ass. Enfermeiro
 LUCIANA M. S. S.



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Estado de Pernambuco
Secretaria de Defesa Social
POLÍCIA MILITAR

NOME: **CELIO ROBERTO DOS SANTOS**

RG: **35369**

SERVIÇO: **GUARDA CIVIL**

ASSINATURA: *Celio Roberto dos Santos*

DATA: **04/09/2022**

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

VA: **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**

NOME: **OSIRIS HENRIQUE DOS SANTOS**

DATA DE NASCIMENTO: **27/07/1965**

NACIONALIDADE: **BRASILEIRO**

RG: **09575130884**

SERVIÇO: **GUARDA CIVIL**

ASSINATURA: *Osiris Henrique dos Santos*

DATA: **04/09/2022**



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 IMI (cópia simples e legível)
- ☒ Declaração de Autópsia de Laudo do IMI, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☐ Relatório 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. (pai 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 recebimento 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. (pai 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.saqueadoralider.com.br ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prazos): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEQUESTRADORA

Data:	18/02/2020
Nome:	Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
Assinatura	

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:

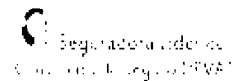
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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

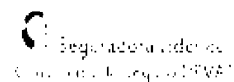
Data do cadastramento: 19/02/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

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

