



Número: **0028533-57.2021.8.17.2370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca do Cabo de Santo Agostinho**

Última distribuição : **28/10/2021**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSEMAR FERREIRA DA SILVA (AUTOR)		GILDERSON CORREIA DA SILVA (ADVOGADO(A))	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12366 6269	17/01/2023 09:21	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)



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

**Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200346408**

**Vítima: JOSEMAR FERREIRA DA SILVA**

**Data do Acidente: 27/06/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSEMAR FERREIRA DA SILVA**

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

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **JOSEMAR FERREIRA DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000559**

Conta: **000000108018-2**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 040ª CIRCUNSCRIÇÃO - CABO DE SANTO AGOSTINHO -  
DP40ªCIRC DIM/10ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0130003715**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/08/2020** às **15:48**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **27/6/2020** às **17:30**

Fato ocorrido no endereço: **CHARNECA, 00, BR 101 SUL** - Bairro: **CHARNECA - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **54510-360** - Ponto de Referência: **PROXIMO AO RETORNO E A RUA 34**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
JOSEMAR FERREIRA DA SILVA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSEMAR FERREIRA DA SILVA

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

**JOSEMAR FERREIRA DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **CARMELITA PETRONILA DA SILVA** Pai: **GENIVALDO FERREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **12/8/1986** Naturalidade: **CABO DE SANTO AGOSTINHO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6728846/SDS/PE (RG), 06502007481 (CPF), 05874220401 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **MOTOBOY** Telefones Celulares: **- 88176072**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CENTRO (BAIRRO), 52, RUA NOVE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**MOTOCICLETA FAN CG150 ESDI (VEICULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSEMAR FERREIRA DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN MIX ESDI** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE)**

Placa: **PFM6502 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**



JC

Nº

Relatório de Ocorrência

file:///C:/Users/pc/.infopol-5.0.9/xml/BOEPreview.htm

B.O.

(12)

Complemento / Observação

ESTEVE PRESENTE NESTA DELEGACIA O SR JOSEMAR FERREIRA DA SILVA PARA REGISTRAR O ACIDENTE DE TRÂNSITO EM QUE FOI VÍTIMA, NO DIA 27/06/2020. ELE ESTAVA CONDUZINDO UMA MOTO HONDA CG150 FAN, QUANDO UM OUTRO CONDUTOR DE UMA MOTOCICLETA BATEU EM SUA TRASEIRA, ELE FOI SOCORRIDO PELO SAMU (S-834263) E FOI POSTERIORMENTE REMOVIDO PARA O HOSPITAL DOM HELDER CAMARA (ATENDIMENTO 565148), ONDE NO DIA 29/06/2020 REALIZOU UM PROCEDIMENTO DE OSTEOSSINTESE E TEVE ALTA NO DIA 30/06/2020. EM SEU LAUDO MÉDICO DATADO DO DIA 17/08/2020 CONSTA FRATURA DE UMEROS PROXIMAL ESQUERDO. (CID S 422)

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

*Josemar Ferreira da Silva*

JOSEMAR FERREIRA DA SILVA  
(VITIMA)

*Roberto Domingues Garcia*  
B.O. registrado por: **ROBERTO DOMINGUES GARCIA** - Matrícula: **399699-9**  
(Liberado em **25/08/2020** às **16:29**)





BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001                    AGÊNCIA: 1234                    CONTA: 12345

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	09/10/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	320034640801
VALOR TOTAL:	1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSEMAR FERREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00559

CONTA: 000000108018

---

---

Número da Autenticação

FDCBE70CD10DA4EF



**DADOS DO CLIENTE**  
**CARMELITA PESTRICH DA SILVA**

**ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
 RUA NOVE 52

CPF: 056 816 804-80

ALTO BELA VISTA CABO  
 CABO DE SANTO AGOSTINHO PE  
 54505-150

**CLASSIFICACAO**  
 BI RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Mandacaju

2388399018	08/2020
14/08/2020	08/09/2020
<b>36,88</b>	

118881623	UNICA	07/09/2020
07/09/2020	2001280196	008957

Consumo Abaixo (Wh) - Tudo	QUANTIDADE	PRECO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abaixo (Wh) - TE	25,0000000	0,49523188	12,43
Credito Aut. Publica Municipal	36,0000000	0,35471813	12,78
ICMS Subvenção-COE-NF 111317588-05/09/20			0,70
Multa por atraso-NF 115212694 - 07/07/20			0,56
Multa por atraso-NF 111317588 - 05/09/20			0,71
Juros por atraso-NF 111317588 - 05/09/20			1,14
Atualização IGP-M-NF 115212694 - 07/07/20			0,58
Atualização IGP-M-NF 111317588 - 05/09/20			0,82
PRO-CRANCA-(0813413-880) 08/03/2019			0,86
			<b>3,00</b>

**TOTAL DA FATURA**

**36,88**

IP DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LECTURA	ACTUAL DATA	ACTUAL LECTURA	IP DO CONSUMIDOR	CONSTANTE	ADJUSTE	CONSUMO (KWH)
444488	CAT	07-07-2020	19 991,00	07-08-2020	20 016,00	21	1,0000		10,02



ICMS	PIS	COFINS	SARC DE CALCULO	%	VALOR DO IMPONTO
38,18	38,18	38,18	38,18	25,00	7,29
38,18	38,18	38,18	38,18	1,28	0,27
38,18	38,18	38,18	38,18	5,84	1,47

Descrição	Valor
Consumo Abaixo (Wh) - TE	12,43
Credito Aut. Publica Municipal	12,78
Multa por atraso-NF 115212694 - 07/07/20	0,56
Multa por atraso-NF 111317588 - 05/09/20	0,71
Juros por atraso-NF 111317588 - 05/09/20	1,14
Atualização IGP-M-NF 115212694 - 07/07/20	0,58
Atualização IGP-M-NF 111317588 - 05/09/20	0,82
PRO-CRANCA-(0813413-880) 08/03/2019	0,86
<b>Total</b>	<b>36,88</b>

CASE FICE COCB 0073 8054 0822 SASH WEBB

Para consultar o valor da fatura, acesse o site [www.cocb.com.br](http://www.cocb.com.br) ou ligue para 0800 00 00 00. O cliente pode verificar a validade da fatura em qualquer loja de atendimento ao cliente. O consumidor pode verificar a validade da fatura em qualquer loja de atendimento ao cliente.

**ATENÇÃO:** Este documento é uma cópia eletrônica da fatura e possui a mesma validade jurídica que a fatura impressa. Para garantir a segurança da informação, o cliente deve verificar a validade da fatura em qualquer loja de atendimento ao cliente.

CONSUMO	VALOR ADICIONAL	VALOR NORMAL	LIMITO NORMAL	LIMITO EXCESSIVO	VALOR
30	0,48	0,00	11,30	22,30	
60	1,00	3,30	6,60	13,20	
90	0,48	3,30	0,00	0,00	

TERMO NORMAL (V)	LIMITO DE VARIAÇÃO (V)
200	202 221

LPMACOB 11,22 - Valor de Energia de Unidade Consumidora em 08/08/2020 = R\$ 11,11



**Fatura**

Número do Cartão:  
5067.41XX.XXXX.3502  
Atendimento a 40049009  
Demais 0800 9409009

IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA  
R ESTRADA VELHA DO PAULISTA 170  
RIO DOCE  
53070620 OLINDA - PE

**Encargos**

	Para o Período	Máx Próx Período
MULTA	2,00% a.m	
MORA	1,00% a.m	
PARCELADO COM JUROS	5,03% a.m	
CET PARCELADO COM JUROS	5,66% a.m	
PARCELAMENTO DE FATURA	9,50% a.m	
CET PARC.FATURA	10,13% a.m	
ROTATIVO	11,80% a.m	13,80% a.m
NAO PAGAMENTO MINIMO	11,80% a.m	13,80% a.m
SAQUES	12,00% a.m	14,00% a.m
CET ROTATIVO	12,42% a.m	14,42% a.m
CET NAO PAGAMENTO MINIMO	12,42% a.m	14,42% a.m
CET SAQUES	12,62% a.m	14,62% a.m

**Linha de Crédito**

LIMITE/LINHA DE CREDITO TOTAL	R\$	1.400,00
LIMITE/LINHA PARA SAQUE CASH	R\$	420,00
LIMITE/LINHA COMP PARCELADA	R\$	1.400,00
<b>Total de compras parceladas a vencer</b>	<b>R\$</b>	<b>355,99</b>
<b>Limite de Crédito Utilizado</b>	<b>R\$</b>	<b>1.286,99</b>

**Vencimento da****Total Fatura****Pagamento Mínimo**

17/06/2019 R\$ 931,00 R\$ 43,61

**ATENÇÃO** Em caso de pagamento inferior ao valor total, o titular deverá arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Valor máximo dos encargos em casos de pagamento mínimo até o vencimento: R\$ 122,46  
Data prevista para o fechamento da próxima 05/07/2019

**Demonstrativo**

Data	Descrição	Cidade/País	Débito
03/05	TOTAL DA FATURA ANTERIOR		789,03D
17/05	OBRIGADO PELO PAGAMENTO		902,00C
13/05	AJUSTE CRED PARC S/ JUROS		0,01C
15/05	AJUSTE CRED PARC S/ JUROS		0,01C
	<b>Subtotal Nacional</b>		<b>112,99C</b>

**IZAQUE JOSE G SILVA 506741XXXXX3502****Movimentações Nacionais**

10/04	BS COMERCIO DE ALIMENT	02/02	OLINDA	139,27D
14/04	ElizangelaDe	02/02	OLINDA	27,70D
16/04	PG*PINPAG *OUTRO	01/02	SAO CAETANO D	320,99D
21/05	BS COMERCIO DE ALIMENT		OLINDA	18,99D
21/05	R J COMBUSTIVEIS E LIB		OLINDA	35,00D
22/05	JARDIM ATLANTICO COMBU		OLINDA	30,08D
22/05	SUPERMERCADO DO AMIGO		OLINDA	286,95D
24/05	POSTO CARTAXO		OLINDA	30,00D
25/05	NETFLIX.COM		SAO PAULO	27,90D
28/05	POSTO ATLANTIDA		PAULISTA	40,00D
28/05	NATALIA DE ORANGE LINS	01/02	OLINDA	35,00D
29/05	POSTO CARTAXO		OLINDA	25,11D
04/06	POSTO CANCUM		PAULISTA	27,00D
	<b>Subtotal Nacional</b>			<b>1.043,99D</b>
	<b>Total Nacional</b>			<b>931,00D</b>
	<b>Total Fatura</b>			<b>931,00D</b>



104-0

10498.18543 09002.114941 58642.001109 6 000000000000

Pagador: IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA R ESTRADA VELHA DO PAULISTA 170 RIO DOCE - 53070620 - OLINDA - PE			CPF/CNPJ do Pagador: 06579395443	
Nosso Número 14002149586420011-2	Nº do Documento 00214958642	Vencimento 17/06/2019	Valor do Documento 931,00	Valor Cobrado
Beneficiário CARTÕES CAIXA - 00.360.305/0001-04			CPF/CNPJ Beneficiário 00.360.305/0001-04	
Endereço do Beneficiário SBS Quadra 4, Lotes 3/4, Asa Sul, Brasília/DF, CEP: 70.092-900				
Agência/Código Beneficiário 1813 / 818540-9			Autenticação Mecânica - Recibo do Pagador	
SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações, sugestões e elogios) Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492 Ouvidoria: 0800 725 7474 caixa.gov.br				



104-0

10498.18543 09002.114941 58642.001109 6 000000000000

Local de Pagamento					Vencimento 17/06/2019
<b>PREFERENCIALMENTE NAS CASAS LOTÉRICAS ATÉ O VALOR LIMITE</b>					
Beneficiário CARTÕES CAIXA - 00.360.305/0001-04 SBS Quadra 4, Lotes 3/4, Asa Sul, Brasília/DF, CEP: 70.092-900					Agência/Código Cedente 1813 / 818540-9
Data do Documento 05/06/2019	Nº do Documento 00214958642	Espécie Doc. FT	Aceite N	Data do Processamento 05/06/2019	Nosso Número 14002149586420011-2
Uso do Banco	Carteira SR	Espécie de Moeda R\$	Quantidade	Valor	1 (-) Valor do Documento 931,00
Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário) O VALOR INFORMADO NO CAMPO 'VALOR DO DOCUMENTO' CORRESPONDE AO TOTAL DA FATURA. EM CASO DE PAGAMENTO PARCIAL, PREENCHER O CAMPO 'VALOR COBRADO' COM O VALOR A SER PAGO. OS ENCARGOS DECORRENTES DE PAGAMENTO APÓS O VENCIMENTO OU PAGAMENTO INFERIOR AO VALOR TOTAL SERÃO INCLuíDOS NA PRÓXIMA FATURA. APÓS 17/06/2019 PAGAR SOMENTE NAS AGÊNCIAS DA CAIXA. ATENÇÃO: NÃO SERÃO ACEITOS PAGAMENTOS EM CHEQUES					2 (-) Descontos/Abatimentos 3 (-) Outra Deduções 4 (+) Mora/Multa 5 (+) Outros Acréscimos 6 (=) Valor Cobrado
Pagador: IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA R ESTRADA VELHA DO PAULISTA 170 RIO DOCE OLINDA					CPF/CNPJ: 06579395443
Sacador / Avalista:					UF: PE CEP: 53070620 CPF/CNPJ:
					Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/01/2023 09:21:03  
https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2301170921032180000120844592  
Número do documento: 2301170921032180000120844592

## INSTRUÇÕES PARA PAGAMENTO

O pagamento da sua fatura pode ser realizado no Internet Banking CAIXA, no site [caixa.gov.br](http://caixa.gov.br) (se correntista), nas Casas Lotéricas, nos Correspondentes CAIXA Aqui, nas agências da CAIXA e em qualquer agência bancária do País. Para pagamento nos canais da CAIXA, não há necessidade de levar a fatura, basta levar seu cartão. Limites para recebimento de pagamento podem ser aplicados em Casas Lotéricas, correspondentes bancários e no Internet Banking CAIXA.

## SAC CARTÃO DE CRÉDITO - 0800 726 0101

Atendimento disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana, para atendimento exclusivo a clientes portadores de Cartão de Crédito CAIXA para solução de demandas relativas a reclamações, cancelamento, fornecimento de informações públicas e gerais sobre o cartão de crédito, além de sugestões e elogios. Informações de caráter particular, que envolvam identificação detalhada do consumidor, serão tratadas pela Central de Atendimento Cartões CAIXA.

## ATENDIMENTO A PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA OU DE FALA – 0800 882 2492

## OUVIDORIA CAIXA - 0800 725 7474

Situações não solucionadas e denúncias.

## ENCARGOS DE ROTATIVO SOBRE O SALDO FINANCIADO

Corresponde ao valor e ao percentual aplicado sobre o saldo devedor quando houver a utilização do crédito rotativo na fatura anterior. É composto por juros e tributos incidentes sobre as operações de crédito (IOF).

## ENCARGOS REFERENTES AO ATRASO

Corresponde ao valor e ao percentual aplicado sobre o valor mínimo da fatura durante o período de atraso. Os encargos são calculados a partir da data de vencimento da fatura até a data do pagamento, sendo que sobre a parcela vencida de Parcelamento de Fatura Decorrente de Saldo Remanescente de Crédito Rotativo incidirá a mesma taxa do parcelamento, e para os demais valores em atraso, incidirá a taxa de juros de financiamento (crédito rotativo).

## ENCARGOS PARA SAQUES EFETUADOS

Percentual aplicado sobre o valor do(s) saque(s) em dinheiro realizado(s) no período descrito na fatura. Os encargos incidirão a partir do dia do saque até o vencimento da fatura.

## ENCARGOS DE ROTATIVO MÁXIMOS PARA O PRÓXIMO PERÍODO

Corresponde ao valor e ao percentual máximos que poderão ser aplicados sobre o saldo devedor se houver a utilização do crédito rotativo nesta fatura. É composto por juros e tributos incidentes sobre as operações de crédito (IOF).

## ENCARGOS MÁXIMOS PARA SAQUE NO PRÓXIMO PERÍODO

Percentual máximo que poderá ser aplicado sobre o valor do saque em dinheiro na próxima fatura, caso haja utilização.

## LINHA DE CRÉDITO

As linhas de crédito Total e Saque são os valores máximos que você pode utilizar para a realização de despesas com compras e saques em dinheiro (nos caixas eletrônicos autorizados). Pagamentos de tarifas e encargos no seu cartão estão descritos no anverso da fatura. Há incidência de encargos contratuais para ambas as linhas de crédito e de tarifa de serviço no caso de saque.

## PERDA OU ROUBO DO CARTÃO

Em caso de perda ou roubo de seu cartão, comunique imediatamente à Central de Atendimento Cartões CAIXA. A partir da comunicação à Central, seu cartão será bloqueado e você não mais será responsável por sua utilização.

## DESPESAS INTERNACIONAIS

Para as compras/saques em moeda estrangeira, a conversão em reais poderá ser feita pela cotação do dólar da data da transação ou pela cotação vigente no dia do pagamento da fatura. Entre em contato com a Central de Atendimento para optar entre as duas possibilidades oferecidas.

## CRÉDITO ROTATIVO\*

É a possibilidade de fi nanciar o saldo devedor constante na fatura. Para utilizá-lo, basta pagar qualquer valor entre o pagamento mínimo e o total da fatura. Caso opte pelo fi nanciamento, sobre o saldo financiado incidirão encargos contratuais que serão cobrados na próxima fatura. O crédito rotativo somente poderá ser utilizado por 30 dias. Após esse período, o saldo devedor mais encargos estarão contidos integralmente no pagamento mínimo da próxima fatura.

## PARCELAMENTO DE FATURA\*

O parcelamento de fatura é mais uma opção de pagamento que a CAIXA coloca à sua disposição. Para utilizá-lo, entre em contato com a Central de Atendimento Cartões CAIXA até a data de vencimento da fatura, verifique se a linha está disponível e escolha o plano mais adequado às suas necessidades. A CAIXA pode encaminhar propostas de parcelamento junto à fatura. A vantagem é que você pode efetuar o pagamento de suas despesas em parcelas fixas e consecutivas.

## COMPRAS PARCELADAS\*

Há duas modalidades de pagamento parcelado de compras à sua disposição:

1. parcelamento sem juros: oferecido pelo estabelecimentos, que definem a quantidade de parcelas;
2. parcelamento com juros: é uma linha de crédito colocada à sua disposição pela CAIXA. Pode ser utilizado em até 48 vezes com juros reduzidos em qualquer estabelecimento. Basta solicitar ao vendedor no momento da compra e o valor das parcelas é informado na hora. Os encargos incorrerão a partir do momento da compra.

## PROGRAMA PONTOS CAIXA

O Programa Pontos CAIXA traz vantagens para você que utiliza os Cartões de Crédito CAIXA MasterCard e Visa nas variantes Internacional, Gold, Platinum, Black e Infinite; Elo nas variantes Mais, Grafite e Nanquim e JCB na variante Único. Para aderir ao programa, não precisa pagar nada, basta utilizar seu cartão. Todas as suas compras efetuadas no Brasil e no exterior são convertidas em pontos que podem ser utilizados em programas de parceiros. O saldo de pontos pode ser consultado no anverso da fatura.

## SMS

Faça o cadastramento na Central de Atendimento Cartões CAIXA para receber mensagens de SMS relativas às compras e aos saques realizados com o seu Cartão de Crédito.

## ATRASO NO RECEBIMENTO DA FATURA

Caso não receba a sua fatura mensal em tempo hábil para efetuar o pagamento, não se preocupe. Você pode consultar a sua fatura pelo App Cartões CAIXA, ou ainda optar por receber a sua fatura por e-mail. Basta solicitar na Central de Atendimento Cartões CAIXA. O App está disponível na Google Play e na App Store.

## MULTA

Valor obtido a partir de percentual aplicado sobre o saldo total ou em atraso, pelo não pagamento na data de vencimento da fatura.

## MORA

Valor obtido a partir de percentual aplicado sobre o saldo da fatura em atraso, pro rata dia.

## IOF

Imposto sobre operações de crédito, câmbio e seguro ou relativas a Títulos ou Valores Mobiliários.

## CET - CUSTO EFETIVO TOTAL

Conforme Resolução BACEN nº 3517, consta na fatura o CET das operações de crédito de seu cartão.

## PAGAMENTO MÍNIMO

Valor obtido a partir de percentual aplicado sobre os gastos do mês, mais saldo não pago do mês anterior mais encargos e parcelas de financiamentos anteriores, caso existam. O saldo restante é financiado com incidência de encargos contratuais.

## OUTRAS INFORMAÇÕES

1. Esta fatura mensal substitui as anteriores e não constitui documento de quitação de transações anteriores não lançadas e/ou não pagas. Fica ressalvado à CAIXA o direito de cobrar débito anterior não pago.
2. A falta de pagamento do valor mínimo exigível determina o vencimento antecipado da dívida, reservando-se à CAIXA o direito de cobrar a qualquer tempo e de uma só vez o valor total da fatura, com os acréscimos contratuais de mora.
3. As transações efetuadas estarão lançadas no Demonstrativo de Despesas e integrarão o valor total desta fatura.
4. Reclamações poderão ser feitas no prazo de até 90 dias do recebimento da fatura mensal.
5. Esta fatura mensal tem capacidade para registrar um número limitado de operações. Se o número for excedido, serão emitidas tantas folhas quantas forem necessárias e a totalização das despesas estará indicada na primeira folha.
6. As relações entre o cliente e a CAIXA são regidas por contrato registrado no 2º Ofício de Registro de Títulos e Documentos de Brasília. O contrato pode ser consultado no site [caixa.gov.br](http://caixa.gov.br), área sobre Cartão de Crédito.

\* O valor do limite total será comprometido com o valor das parcelas vincendas (do parcelamento de fatura e das compras parceladas), de saldo financiado de período anterior e de eventual saque realizado.



# BAIXE O APP CARTÕES CAIXA.

Você pode consultar o limite e as faturas de seu cartão de crédito, ligar ou desligar seu cartão para compras e saques, liberar para uso no exterior, solicitar nova via e adicionais, atualizar seu cadastro, além de consultar e resgatar seus pontos do Programa Pontos CAIXA. Disponível na Google Play e App Store.



JUN/2019

F001





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Franque José Soares da Silva  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 065793954143 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
JOSEMAR FERREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 065020074181  
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDA da Vítima JOSEMAR FERREIRA DA SILVA  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 065020074181, conforme determinação da Circular Susep 445/12:  
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:  
 Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>ESTRADA VICHO DO PALISTO</u>		Número: <u>170</u>	Complemento:
Bairro: <u>RIO DOCE</u>	Cidade: <u>OLINDA</u>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>53070-620</u>
E-mail:		Tel. (DDD): <u>(81) 98862-3448</u>	

Local e Data: OLINDA 25 DE SETEMBRO 2020

Franque José Soares da Silva  
Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017





Prefeitura Municipal do Cabo de Santo Agostinho  
Secretaria Municipal de Saúde



## DECLARAÇÃO

Consta em nº de ocorrência **S-834263** que a Unidade de Suporte Básica do Samu Cabo de Santo Agostinho foi solicitada no dia 27/06/2020, para prestar atendimento ao **SR JOSEMAR FERREIRA DA SILVA**, inscrito no Cadastro de Pessoa Física sob o nº **065.020.074-81**, na BR 101 Sul s/n Charneca, próximo ao retorno e a Rua 34, no Cabo de Santo Agostinho.

O mesmo foi vítima de colisão moto com moto, sendo atendido no local e posteriormente removido para o Hospital Dom Helder Câmara.

Cabo de Santo Agostinho, 10 de julho de 2020.

Atenciosamente,

  
Camilla Zoppi  
Coordenação de Enfermagem  
Samu 192

  
Camilla Zoppi  
COORDENADORA DE ENFERMAGEM

  
SAMU 192  
Cabo de Santo Agostinho



### Resumo de Alta Hospitalar / Orientação Final / Ficha de Esclarecimento

Nome: JOZEMAR FERREIRA SILVA Registro nº 400508  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: M Data da Admissão: 29/06/20 Data da Alta: 30/06/20

Diagnósticos Definidos: Fraturas de sinuso paranasal

Conduta / Procedimentos Realizados: Osteossintese

Prescrição para o Domicílio: OTORRINOLARIA (X) AINES

Informações Complementares: Responsabilidade susculatária (X)  
fisioterapia

Programação após Alta Ambulatório de Egresso: SIM  Data da Consulta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ NÃO

Assinatura do Médico e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES / PE  
Fundação Professor Martiniano Fernandes - IMIP Hospitalar  
Hospital Metropolitano Sul - Dom Helder Câmara  
Rodovia BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000  
Cabo de Santo Agostinho - PE



### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) senhor(a)

JOKUEN FERRAZINA SILVA foi atendido (a) neste

serviço no dia: 30/06/20 CID: S92.2

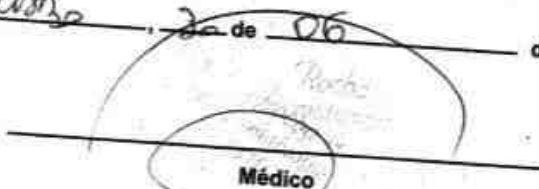
Necessitado de 15 dias de afastamento de suas atividades  
(no trabalho ou escola).

Estando apto para voltar ao trabalho.

Como acompanhante.

Outros: \_\_\_\_\_

luzia de 06 de 20 20

  
Médico





HOSPITAL  
DOM HELDER CAMARA



RECEITUÁRIO

João F. Sales

ly

vd anal

• ceftriaxona 500 — oler

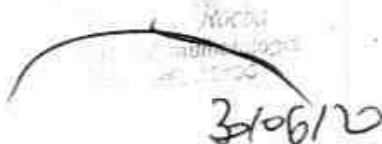
tomar 1 comprimido 12/12h

por 7 dias

• NORGINA 1g — oler

tomar 1 comprimido 6/6h

por 7 dias

  
31/06/20





FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 595148 Data e Hora do Atendimento: 27/06/2020 21:58  
Usuário do Atendimento: EDJANEPB Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: JOSEMAR FERREIRA DA SILVA Prontuário: 40056  
Nome da Mãe: CARMELITA PETRONILA DA SILVA Nome do Pai: GENIVALDO FERREIRA DA SILVA  
Data do Nascimento: 12/08/1986 Idade: 33 anos Sexo: MASCULINO  
Estado Civil: SOLTEIRO RG: 6728846 SDS-PE Data Emissão: 13/09/2010  
CPF: 06502007481 Certidão de Nascimento: Data Emissão:  
Naturalidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) COMPLETO  
Carteira Nacional SUS: 162480299710001 Ocupação Habitual: VENDEDOR  
Endereço: RUA NOVE 52 CENTRO Fone: 8187857556  
Cidade: CABO PE CEP: 54510020

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: SAMU  
Jico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA CRM: 17726  
Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA Leito: LEITO 17

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, 27/06/2020

Assinatura e R.G. do Responsável: \_\_\_\_\_

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: Bebe em boas condições de saúde / não manuseia / não utiliza  
Diagnóstico: por traumatismo de punção de urina  
Procedimento: cateterização  
Data em: 30/06/20 Hora: \_\_\_\_\_  
Médico e C.R.M.: \_\_\_\_\_  
Responsável pela retirada do paciente - Nome: \_\_\_\_\_  
Assinatura e R.G.: \_\_\_\_\_

HDM - Hospital Dom Helder Câmara  
Wederlan R. Silva  
Assistente Adm. I  
SAME / Faturamento

HDM - Hospital Dom Helder Câmara  
CCO - COORDENADOR DE CONTROLE DE INFECC. HOSP.  
Wederlan R. Silva

[Handwritten Signature]  
02 JUN 2020





HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA



SOLICITAÇÃO DE EXAME DE DIAGNÓSTICO  
POR IMAGEM E MÉTODOS GRÁFICOS

NOME: Josmar Ferreira IDADE: \_\_\_\_\_

REGISTRO: 40058 SETOR SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ DATA: 1/1

AMBULATÓRIO  HOSPITAL ENF: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

EMERGÊNCIA  URGÊNCIA  ROTINA  CONTROLE

EXAME: Rx ombro (E) A/P

MOTIVO: \_\_\_\_\_

REQUISITANTE/CARIMBO: \_\_\_\_\_

LAUDO: \_\_\_\_\_

Fazer Rx no município  
de engem

DATA: 1/1

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO



23/07/2020

Mychesys



Clinica: **AmorSaúde Cabo de Santo Agostinho** | (31) 3521-5550 - Rodovia BR-101 Sul, 101 - Distrito Industrial Diper - Cabo de Santo Agostinho - PE  
Paciente: JOSEMAR FERREIRA DA SILVA | Tel: (81) 98482-3205 | CPF: 065.020.074-81 | Nascimento: 12/08/1986  
Convênio: **Cartão de TODOS**

Recebido por: **Carolyna** | Data Emissão Pagto: **23/07/2020** | Data Agendamento: **23/07/2020**  
Impressão: **2267845** | Usuário de Impressão: **Carolyna** | Dta. da Impressão: **23/07/2020 16:15:51**

**Procedimento**

RX do Ombro Ou Escapula Em Ap.Per

Repasse

40,00

**Total: (1 itens):**

**R\$ 40,00**

**Boris Berenstein** | Tel: (81) 3216-1900 - Avenida Presidente Getúlio Vargas, 745, Centro, Cabo de Santo Agostinho - PE

AMOR SAUDE  
CLINICA MEDICA ODONTOLÓGICA  
SANTO ANTONIO LTDA  
CNPJ: 30.984 100/0001-60  
Rod. Br 101 Sul, 2750  
Dist. Industrial  
Cabo de Santo Agostinho - PE  
B. Carolyna Berenstein

mychesys.com.br/#/Paciente/6535233



**FICHA DE CONFIRMAÇÃO DO AGENDAMENTO**

Setor: AMBULATORIO DE EGRESSO

Usuario do Agendamento: LAISMSR

Paciente: 40058 JOSEMAR FERREIRA DA SILVA

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Medico do Agendamento: LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO

Convênio: SIA/SUS - AMBUL/URGEN.EMERG

Tipo de Agendamento:

Data da Agenda: 17/08/2020

**PREZADO CLIENTE, AS SENHAS SERÃO ENTREGUES POR ORDEM DE CHEGADA**

HORÁRIO: 07h ATÉ 08h.

**APÓS O HORÁRIO, NÃO SERÁ POSSÍVEL O ATENDIMENTO**

**CONFIRMAR CONSULTA UM DIA ANTES. FONE: (81) 3183-0149 A PARTIR DAS 13HS..**

**PARA ATENDIMENTO É OBRIGATORIO APRESENTAÇÃO DESTE DOCUMENTO E RG OU CPF**



C. G



# HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 565134

Data e Hora: 27/06/2020 18:46

Senha da Classificação: [REDACTED]

Paciente: 40058 JOSEMAR FERREIRA DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 12/08/1988

Idade: 33 anos

Convenio: 2

SUS/SIA AMBURG

Nome da Mãe: CARMELITA PETRONILA DA SILVA

Nome do Pai: GENIVALDO FERREIRA DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: LACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Endereço: RUA NOVE

-- BELA VISTA

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: CABO

PE

Usuário Atendimento: SANDRACA

RG (Identidade): 6728846

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 0650200748

Data de Emissão: 13/09/2010

Fone: 8187857556

Cartão SUS: 162480299710001

Data de Emissão CRN: [REDACTED]

## RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

### Queixa Principal

PACIENTE VITIVA DE ACIDENTE MOTO CICLISTICO, NEGA PERDA DA CONSCIENCIA E/OU VÔMITOS, NEM DO DOR EM OMBRO (E) E TÓRAX.

### Exame Físico

- (A) VÍVIL PERCEPTIVO PERÍVIL. ROM COLA CERVICAL
- (B) MVA EM PHT, S/RA. SATO = 97%
- (C) RCJ EM DT, BNFIJ. FC = 71 bpm
- (D) PUPILAS ISOCÓNICAS, REACIONAIS, GERAIS. ECG = JS
- (E) PBDME FLUIDO, DEPRESSÍVEL, IMOBILIZADO DO OMBRO (E)

### tese Diagnostico

- POLTRUM

### Conduta Terapeutica

- SOLICITO RX DO TÓRAX

### Prescrição Médica

- DIETA REG
- DORONA, SINTAD EN
- 150mg, 500mg

19:50h [Signature]

Dra. Danielle Taji Magalhães  
Médica  
CRM PE 10345  
Carimbo Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR



# HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 27/06/2020 18:34



Nome Paciente: JOSEMAR FERREIRA DA SILVA  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 12/08/1986  
Sexo: Masculino  
Idade: 33 anos  
Senha: 0026  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

Período: 27/06/2020 18:35 - 27/06/2020 18:43

ROSALIA GOMES DA SILVA - COREN: 226189 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU CABO, APOS COLISAO MATO X MOTO, CURSANDO COM DOR EM OMBRO E + TORAX HA 30 MINUTOS.

Observação:

NEGA HAS, ALERGIAS MEDICAMENTOSAS. REFERE DM, FAZ USO DE INSULINA NPH 1 X DIA, METIFORMINA E GLIBENCLAMIDA 1 X DIA. SAT 97%, FC 71 BPM, PA 190/110

Exatograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE  
- DOR MODERADA (4-7/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: ROSALIA GOMES DA SILVA - COREN: 226189 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 27/06/2020 18:43

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



### HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: JOSEMAR FERREIRA DOS SANTOS Registro: 40051 Nº Atendimento: \_\_\_\_\_  
Idade: 33 Sexo: M Estado Civil: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Acompanhante: ( ) Sim - ( ) Não  
Clínica: TR Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Queixa Principal e Duração: \_\_\_\_\_

Dor ombro @

História da Doença Atual: \_\_\_\_\_

Acute onset moderate. Dor +  
limit. do movimento.

Prod. corpo verde @

Interrogatório Sintomatológica: \_\_\_\_\_

Dor + limit. do movimento.



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome Compl.: JOSEMAR FERREIRA DA SILVA Data Nasc.: 12/05/86
Registro: 40084 Clínica: ortop Enfermaria: Leito:

Table with columns for Date/Time and clinical notes. Entries include: 27/06/2020 21:53 Frnt. Umero prox. (E) (L; Sci. ex. lab (473904) - Jnt. pl HC JURGICO; 28/06/2020 8:40 HD Fatur on Umom Proximal (E) RT cury retomado qunt Ho cury; 28/06/2020 6:50 HD: Fatur on Umom Prox. (E) RT cury retomado qunt Ho cury.

Ignor Andrade Ortopedia e Traumatologia CRM 27778

Dr. Bruno Daltro Ortopedia e Traumatologia CRMPE: 26.693

Dr. Bruno Daltro Ortopedia e Traumatologia CRMPE: 26.693



TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL – NRS 2002

Data: 28/06/20

Paciente: Joeman Ferreira da Silva Registro: 40058 DN: 12/08/86  
 Peso atual: \_\_\_\_\_ Peso habitual: 69 A Altura: 1,65 CP: \_\_\_\_\_ CB: \_\_\_\_\_ Idade: 33 Leito: Verde - 7A0

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

SIM: Se a resposta for "sim" para qualquer uma das questões, o Nutricionista deverá continuar a preencher a parte 2.

NAO: 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= 0

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 de 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.

RISCO NUTRICIONAL: ( ) SIM (X) NÃO

Pontuação =1: A necessidade protéica está aumentada, mas o déficit protéico pode ser recuperado pela alimentação oral ou pelo uso de suplementos, na maior parte dos casos.

Pontuação =2 A necessidade protéica está substancialmente aumentada e o déficit protéico pode ser recuperado na maior parte dos casos com o uso de suplementos orais / dieta enteral.

Pontuação =3 A necessidade protéica está substancialmente aumentada e não pode ser recuperada somente pelo uso de suplementos orais / dieta enteral.

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

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

Elia A. Pereira Barreto  
Nutricionista  
RN 6 - 126 16

Nutricionista



RFOZ



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

Página.: 0001  
Data.....: 29/06/2020  
Hora.....: 19:15

Aviso de Cirurgia : 46945 Sala : 0003 SALA 03  
Paciente : 40058 JOSEMAR FERREIRA DA SILVA Atendimento :  
Convênio Atend. : Carteira :  
Leito : Idade :33 Anos  
Dt. Inicio : 29/06/2020 18:14 Dt. Fim : 29/06/2020 19:14  
Cid Pré-Operatório : S825 FRATURA DO MALEOLO MEDIAL  
Cid Pós-Operatório :

cedimento: 0408020393 TRAT CIRU DA FRAT. DA DIAF. DO UMERO (PRINCIPAL)  
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO  
Anestesia: 29 BLOQ PLEXO BRAQUIAL

RGIAO 13722 JULIO TADEU ARRAES DA CUNHA SOUZA  
ESTESISTA 19720 BIANCA JUGURTA VIEIRA DE LIMA ALVES

**Descrição Cirúrgica :**

**DESCRIÇÃO CIRÚRGICA**

1. PACIENTE EM POSICAO DE CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA GERAL
2. ASSEPSIA DO CAMPO COM POVIDINE E COLOCAÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS
3. INCISÃO DELTO-PEITORAL DO OMBRO E.
4. ABORDAGEM POR PLANOS ATÉ FOCO DE FRATURA
5. REDUÇÃO DA FRATURA + FIXACAO COM 1 PLACA 1/3 DE CANO + 4 PARAFUSOS CORTICAIS E 1 PARAFUSO ESPONJOSO 40
6. LIMPEZA DA FERIDA OPERATÓRIA COM SF 0,9%
7. REALIZADO HEMOSTASIA
8. TURA POR PLANOS
9. CURATIVO
10. RX DE CONTROLE

**Achados Cirúrgicos:**

**Descrição Complementar**

Dr. Julio Tadeu Arraes  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM 13722 - SBO 10.000

02/06/2020



FICHA DE ANESTESIA

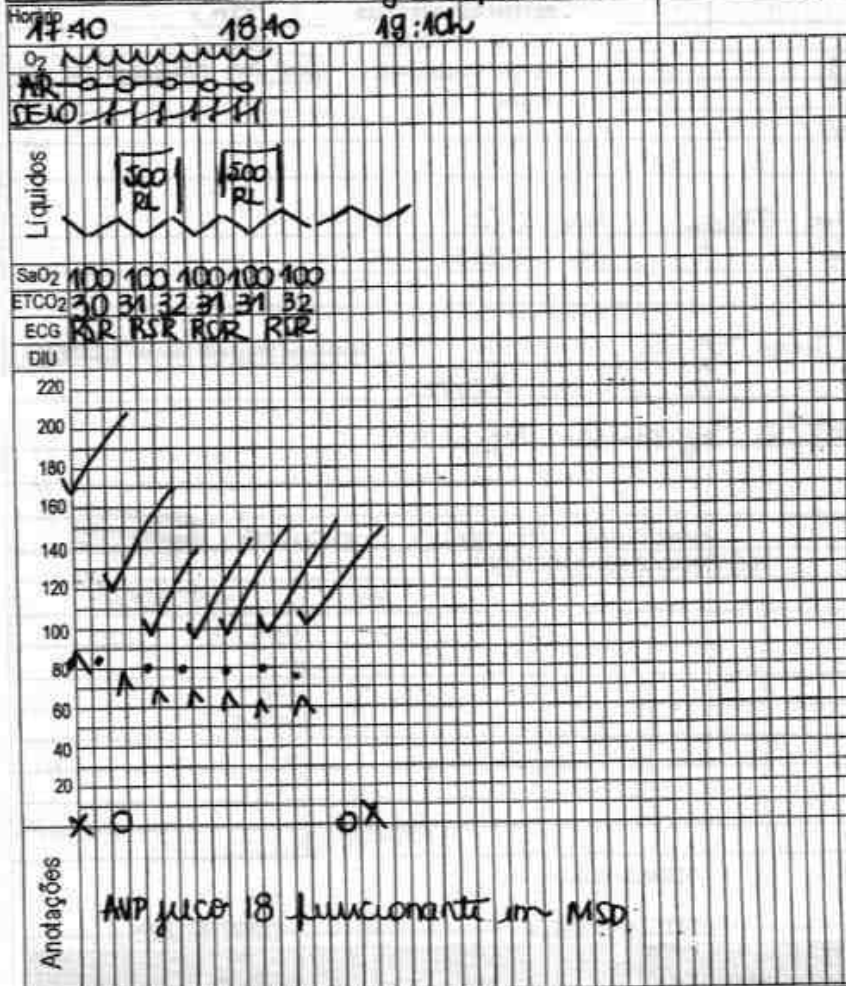
Registro: 40058 Atendimento: 565148 Dt. Cad: 21/10/2012  
 Nome: JOSEMAR FERREIRA DA SILVA Dt. Nasc: 12/08/1986  
 Mãe: CARMELITA PETRONILA DA SILVA Bairro: CENTRO  
 End.: RUA NOVE Nº: 52 Cidade: CABO  
 Enferm.: LEITO 17 Leito: 618 CNS: 162480299710001

Sexo: M Cor: Pardo Idade: 33 Risco: II DATA: 29/06/2020

CRM: 24962 Anestesiista: Ama Carlos Junior Cirurgião: Julio

Medicação Pré-Anestésica:  Urgência:  Não  Sim

Cirurgia: Tratamento cirúrgico fratura de úmero (E)



Drogas Usadas	Doses
BLOQUEIO	
Ropivacaína 0.5%	20ml
EV	
· Lidocaína	80mg
· Clazodina	2g
· Fentanil	200mcg
· Propofol	1.80mg
· Succinilcolina	40mg
· Rocuronio	50mg
· Dipirona	2g
· morfina	5mg
· Etófrina	4mg
· Cetamina	20mg
· Neostigmina	2.5mg
· Atropina	1.0mg

Monitorização

<input checked="" type="checkbox"/> Cardioscópico	<input type="checkbox"/> BIS
<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro	<input type="checkbox"/> Temperatura
<input checked="" type="checkbox"/> PNI	<input type="checkbox"/> Swan-Ganz
<input type="checkbox"/> Sonda Vesical	<input type="checkbox"/> Analisador Gases
<input checked="" type="checkbox"/> Capnógrafo	<input type="checkbox"/> PVC
<input type="checkbox"/> Estet. Pré-Cordial	<input type="checkbox"/> Estimulador de Nervos
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Linha Arterial
	<input type="checkbox"/> PP / VS

Técnica Anestésica

<input type="checkbox"/> Acompanhamento Respiração	FR 10
<input type="checkbox"/> Sedação	PIT
<input type="checkbox"/> A. Geral	PEEP 5
<input type="checkbox"/> EV	FiO <sub>2</sub> 60%
<input type="checkbox"/> Inalatória	Bloqueio
<input type="checkbox"/> Balanceada	<input type="checkbox"/> Raquí
<input checked="" type="checkbox"/> A.G. + Bloqueio	<input type="checkbox"/> Peri
<input type="checkbox"/> Método	<input checked="" type="checkbox"/> Braquiál
<input type="checkbox"/> Valvular	<input type="checkbox"/> ML
<input type="checkbox"/> Avalvular	<input type="checkbox"/> Traqueal
	Cateter SI <input type="checkbox"/> IN <input type="checkbox"/>

Balanco hidrico final:

Perdas: Jejum \_\_\_\_\_ Perdas Insensíveis \_\_\_\_\_ Diurese \_\_\_\_\_

Ganhos: RL 500 + 500 SFO,9%

Sangramentos: \_\_\_\_\_

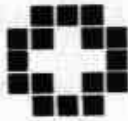
Intercorrências:  Sim  Não

Proteção ocular posicionado em cadeira de praia.

OBS: Bloqueio de Plexo Braquiál guiado por US-1 via ultrassonográfica - Anestesia G-ral Balanceada. Paciente desatado e monitorizado após realização de B.P.B. Pnex. Indução com Propofol em sequência rápida com Tn° 75 clift.

Assinatura do Anestesiista:   
 Ama Carlos Junior  
 Anestesiologista  
 CRM - PE 24.962





HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO  
IMIP  
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA

08

Nome: Joacemar Florêncio data: 29/06/20 Hora: 19:30 Registro: 400558  
Leito de origem: \_\_\_\_\_

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: fratura de umero  
Tipo de anestesia: bloqueio + geral  
Equipe: Dr. Julio Ardes Anestesta: Dr. Ana Carla

3. Admissão

Estado geral: ( ) Bom  Regular ( ) Torporoso ( ) Grave<sup>o</sup>  
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: \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ mmHg FR: 12 p/min FC: 77 p/min SaPO2: 100  
Glasgow: \_\_\_\_\_

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	119/45	120/00	120/30	121/00	121/30	122/00
FR	14	13	11	15	10	13
FC	68	77	87	80	83	89
SaPO2	100%	99.1%	100%	97%	96%	99%
Glasgow	-	-	-	-	-	-

5. Intercorrências/observações:

1p 22:00 Paciente no berço com peso hipotensivo, em antibiotic.  
PA: 170 x 114 mmHg CP: captopril 25 mg SL

Dra. Camilla Modesto  
Médica Anestesiista  
CRM 16663

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: \_\_\_\_\_

Dra. Camilla Modesto  
Médica Anestesiista  
CRM 16663

CÓD: 38398





**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA  
DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA  
BLOCO CIRÚRGICO - SRPA**



Nome: <u>Yaseman Caroline de Sales</u>		Registro: <u>40058</u>	Leito: <u>02</u>
Procedimento cirúrgico: <u>Frot Veno F</u>		Data: <u>29/06/20</u>	Hora: <u>22</u>
DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS	
1. Ansiedade ( <input checked="" type="checkbox"/> )	<input checked="" type="checkbox"/> Encorajar verbalização dos sentimentos e medos		
	<input type="checkbox"/> Proporcionar apoio emocional		
	<input checked="" type="checkbox"/> Dar informação ao paciente e familiares		
	<input type="checkbox"/> Outros		
2. Ventilação prejudicada ( )	<input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado		
	<input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário		
	<input type="checkbox"/> Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz		
	<input type="checkbox"/> Manter o paciente em posição de Fowler		
	<input type="checkbox"/> Anotar horário/valor de queda da saturação. FC e FR		
	<input type="checkbox"/> Instalar ( ) Manter ( ) Anotar oximetria de pulso		
	<input type="checkbox"/> Outros		
3. Padrão de eliminação urinária ( ) Diminuído ( ) Aumentado	<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ___/___h		
	<input type="checkbox"/> Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen)		
	<input type="checkbox"/> Colocar o paciente em posição de Fowler		
	<input checked="" type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição		
	<input checked="" type="checkbox"/> Registrar se: <input checked="" type="checkbox"/> Dor ao urinar		
	<input checked="" type="checkbox"/> Abaulamento em região suprapúbica <input type="checkbox"/> Ausência de diurese espontânea		
4. Dor ( ) Local: _____ ( ) Leve ( ) Moderada ( ) Severa	<input checked="" type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente		
	<input checked="" type="checkbox"/> Avaliar a localização e a intensidade da dor		
	<input type="checkbox"/> Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação		
	<input checked="" type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da dor		
	<input checked="" type="checkbox"/> Registrar características e intensidades da dor		
5. Integridade tissular prejudicada ( )	<input type="checkbox"/> Descrever características da lesão		
	<input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo a cada <u>24/24h</u>		<u>06</u>
	<input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação		
	<input type="checkbox"/> Medir débito de dreno de ___/___h		
	<input checked="" type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por <u>24h</u>		
6. Sangramento ( ) Local: _____ ( ) Leve ( ) Moderada ( ) Severo	<input type="checkbox"/> Outros		
	<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de <u>15/15min</u> até 2 vezes		
	<input type="checkbox"/> Manter elevado: _____		
	<input type="checkbox"/> Realizar curativo oclusivo		
	<input type="checkbox"/> Outros		
7. Imobilidade no leito prejudicada ( )	<input type="checkbox"/> Pinçar dreno ao manusear o paciente		
	<input type="checkbox"/> Avaliar mobilização de dreno (Tracionado)		
	<input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição: _____		

CÓD. 38605



IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: Adriano Ferreira de Siqueira Data: 29/10/20 Registro: 400535  
 Convênio: SUS Leito: \_\_\_\_\_ Hora: 17:20

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. Julio Araoz 1º auxiliar: \_\_\_\_\_  
 Anestesiista: Dr. João Carlos Instrumentador: Luiziane  
 Circulante: Wesley

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
non - capote limbo de boca	blue → black 1 YEAR STERIL	
Prote Alce CX 3:5 Cromus	1 YEAR STERIL	
Prote N.H.S. cabo para alça	blue → black 25-12-208754 1 YEAR STERIL	
Prote N.H.S. cabo para alça	blue → black 25-06-20 01 ONE YEAR STERIL	
Prote N.H.S. cabo para alça	1 YEAR STERIL	
Prote N.H.S. cabo para alça	blue → black 25-06-20 02 1 YEAR STERIL	
	blue → black 1 YEAR STERIL	
	blue → black 1 YEAR STERIL	

CÓD. 38236



MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

PACIENTE:	<i>Ismael Ferreira da Silva</i>	DATA:	<i>29-6-20</i>
CIRURGIÃO:	<i>Dr. J. S. M. S.</i>	RG:	<i>400538</i>
ANESTESISTA:	<i>Dr. S. C. C.</i>	AUXILIAR:	-
CIRURGIA:	<i>Ressecção de Uterus e Anexos</i>	ANESTESIA:	<i>Spinal + Algodão</i>
ESTRUMENTADOR:	<i>Neofane</i>	COORDENAÇÃO DO BLOCO:	<i>Dr. S.</i>
CIRCULANTE:	<i>Amélia</i>	COREN:	
ENFERMEIRA:	<i>Roberta</i>	HORARIO INICIAL:	<i>18:20</i>
		HORARIO FINAL:	

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
AGULHAS			
13X4,5	25X7	25X8	40X12
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27
ATADURAS			
CPPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
ADA 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			
40CM	40CM	60CM	120CM
LAMINAS			
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6	
LUVAS			
LUVA 7.0	LUVA 7.5	LUVA 8.0	LUVA 8.5
SERINGAS			
1ML	3ML	5ML	10ML
20ML	60ML	60ML CATETER	
AVENTAL CIRUR	B5. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA PI VIDEO
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXÃO 2VIAS	CONEXÃO 4VIAS
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GAZES	GELFOAN
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
DRENOS			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCÇÃO 3,2	SUCÇÃO 4,8	SUCÇÃO 6,4
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 38
SONDAS			
ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ. 2.0	ENDOTRAQ. 2.5	ENDOTRAQ. 3.0
ENDOTRAQ. 3.5	ENDOTRAQ. 4.0	ENDOTRAQ. 4.5	ENDOTRAQ. 5.0
ENDOTRAQ. 5.5	ENDOTRAQ. 6.0	ENDOTRAQ. 6.5	ENDOTRAQ. 7.0
ENDOTRAQ. 7.5	ENDOTRAQ. 8.0	ENDOTRAQ. 8.5	ENDOTRAQ. 9.0
FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
FOLEY 2VIAS 06	FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12
FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20
NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 16
NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4
URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20
FIOS CIRÚRGICOS			
ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDIACA
CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 2
PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	CERA P/OSSO	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	ACO 1	ACO 4	ACO 6



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

**1 - IDENTIFICAÇÃO:**

Nome: Josema Fátima da Silva Data: 29.6.20 Hora: 19:00 Registro: 20698  
Convênio: SUS Leito: 1 Pesco: — Altura: —

**2 - EQUIPE MÉDICA:**

Cirurgião: Dr. João Amorim Anestesiista: Dr. Ama Carlos  
Auxiliar: — 2º Auxiliar: — Instrumentador: Waldemar

**3 - DADOS DA CIRURGIA:**

Cirurgia: TTD Amp. - fratura úmero Início: 18:30 Término: 19:15  
Anestesia: Vol + 200 mgos piroxi Início: 18:30 Término: —

**4 - PRÉ-OPERATÓRIO:**

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

**5 - TRANS-OPERATÓRIO:**

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

**5.1 - EQUIPAMENTOS:**

Colimetro de Pulso  Monitor Cardíaco  PNI  Bomba CEC  Aspirador   
Colchão Térmico ( ) Bisturi Ultrasônico ( ) Artroscópio ( ) Microscópio  Capnógrafo   
Bisturi Elétrico ( ) Local da Placa   
Carro de Anestesia ( ) Diprofusor ( ) Intensificador ( ) Nº ( )  
Ap. Vídeo ( ) Bomba de infusão ( )  
Oxigênio  Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_  
Protóxido ( ) Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_  
Gás Carbônico ( ) Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_  
Outros: \_\_\_\_\_

**5.1 - PROCEDIMENTOS:**

Cânula Orotraqueal: Sim  Não ( ) 7.5 Punção Venosa: Sim ( ) Não ( )  
Sonda Vesical de Demora: Sim ( ) Não  Sonda Gástrica: Sim ( ) Não ( )  
Exame (Tipo e Local): Sim ( ) Não   
Curativo (Tipo e Local): Sim  Não ( ) MSE

**5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:**

ANESTESIA: \_\_\_\_\_ CIRURGIA: \_\_\_\_\_  
Amorim Amorim

**6 - OBSERVAÇÕES:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO**

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

Data: 29.6.20 Hora: 19:15 Enfermeira: Fátima Circulante: Amorim





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

### CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

#### FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 40058

Nome: JOSEMAR FERREIRA DA SILVA

Mãe: CARMELITA PETRONILA DA SILVA

End.: RUA NOVE

Enferm.: LEITO 17

Atendimento: 565148

Leito: 618

Dt. Cad: 21/10/2012

Dt. Nasc: 12/08/1986

Bairro: CENTRO

Cidade: CABO

CNS: 162480299710001

#### 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 neq

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

Não

Sim e há equipamento disponível

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

Não

Sim e há equipamento disponível

#### ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões

- O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam

- Identificação do paciente
- Local da cirurgia a ser feita
- Procedimento a ser realizado

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

Sim

Não se aplica

- Antecipação de eventos críticos: Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas?

Exames de imagem estão disponíveis?

Sim

Não se aplica

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

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

#### 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

FRM. JOSEMAR F



TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

NOME: Maximiliano Pereira da Silva DATA NASC: 12/08/86  
 REGISTRO: 40058 DATA: 29/06/20 HORA: \_\_\_\_\_  
 SETOR DE ORIGEM: Unid SETOR DE DESTINO: Unid

S Situação (Enfermagem)	Nível de Consciência: <u>EGR, consciente e orientado</u> PA: <u>150x90</u> Pulso: _____ Temp: <u>36°C</u> FR: _____ Oximetria: _____ Padrão respiratório: <input checked="" type="checkbox"/> Ar ambiente ( ) Suporte de O2 ( ) CatO2 ( ) NBZ ( ) TOT ( ) Traqueo VM ( ) Traqueo NEB Intercorrência nas últimas 24h: _____
B Base do cenário (médico) <u>Igor Abutrab</u> <u>Ortopedia e Traumatologia</u> <u>CRM 27778</u>	Breve relato do caso: <u>Frot. UNICO prox @</u> Antibiótico profilático: <input checked="" type="checkbox"/> Não ( ) Sim Antibiótico terapêutico: <input type="checkbox"/> Não ( ) Sim Qual: _____ Horário: _____ Drogas Vasoativas: <input type="checkbox"/> Não ( ) Sim Qual: _____ Prognóstico: ( ) Crônico ( ) Não Crônico Nutrição: <input checked="" type="checkbox"/> Jejum ( ) Dieta
A Análise (Enfermagem)	Dispositivos Invasivos: Cateter central <input checked="" type="checkbox"/> Não ( ) Sim // SVD <input checked="" type="checkbox"/> Não ( ) Sim Alergia: <input checked="" type="checkbox"/> Não ( ) Sim Qual: _____ Hemoderivados: <input checked="" type="checkbox"/> Não ( ) Sim Qual: _____ Medicação de uso contínuo: _____ Riscos: ( ) LPP ( ) Queda <input checked="" type="checkbox"/> Flebite ( ) Outros: _____ Grau de Complexidade: ( ) Crítico ( ) Semi Crítico ( ) Alta dependência ( ) Intermediário <input checked="" type="checkbox"/> Mínimo
R Recomendação (Enfermagem)	Exames Laboratoriais: ( ) Coletado ( ) Não Coletado Qual: _____ Exames de Imagem: <input checked="" type="checkbox"/> Realizado <u>Rx e TAC</u> ( ) Pendente _____ Curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Não ( ) Sim Local: _____ Isolamento: <input checked="" type="checkbox"/> Não ( ) Sim Qual: _____

Enviado por: Ass. Médico \_\_\_\_\_ Ass. Enfermeiro \_\_\_\_\_  
 Recebido por: Ass. Enfermeiro \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Maranda Matyza Carvalho de Lima  
 COREN-PE 141297 - ENF



**TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE**

NOME: Yateman Ferreira de Sá DATA NASC: 12.08.86  
 REGISTRO: 4005 DATA: 30/06/2020 HORA: \_\_\_\_\_  
 SETOR DE ORIGEM: bloco SETOR DE DESTINO: Neurologia

S	Situação (Enfermagem)	Nível de Consciência: <u>Compreensão orientada</u> <u>80</u> PA: <u>190x70</u> Pulso: <u>71</u> Temp: _____ FR: <u>17</u> Oximetria: <u>100%</u> Padrão respiratório: ( ) Ar ambiente ( ) Suporte de O2 ( ) CatO2 ( ) NBZ ( ) TOT ( ) Traqueo VM ( ) Traqueo NEB Intercorrência nas últimas 24h: <u>Non</u>
B	Base do cenário (médico)	Breve relato do caso: _____ Antibiótico profilático: ( ) Não (X) Sim Antibiótico terapêutico: (X) Não ( ) Sim Qual: <u>Escopolina</u> Horário: _____ Drogas Vasoativas: (X) Não ( ) Sim Qual: _____ Prognóstico: ( ) Crônico (X) Não Crônico Nutrição: (X) 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: (X) LPP ( ) Queda ( ) Flebits ( ) Outros: _____ Grau de Complexidade: ( ) Crítico ( ) Semi Crítico ( ) Alta dependência (X) Intermediário ( ) Mínimo
R	Recomendação (Enfermagem)	Exames Laboratoriais: ( ) Coletado ( ) Não Coletado Qual: _____ Exames de Imagem: (X) Realizado <u>RX</u> ( ) Pendente Curativo: ( ) Não (X) Sim Local: <u>MSE</u> Isolamento: ( ) Não ( ) Sim Qual: _____

Enviado por: Ass. Médico \_\_\_\_\_ Ass. Enfermeiro \_\_\_\_\_  
 Recebido por: Ass. Enfermeiro \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Winy Karoline Fátima  
 Enfermeira  
 COREN/PA 442.721



Tipo de documento: <b>TERMO DE CONSENTIMENTO</b>	Número do documento: <b>TER-001</b>	Emissão: <b>17/04/2019</b>
Título: <b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>		Versão número: <b>001</b>
Responsável pela elaboração: <b>EMUIE/IMIP</b>	Responsável pela aprovação: <b>Dr. André Sansão</b>	Revisão: <b>001</b>

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ANESTESIA

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

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

Declaro ainda que:

- a) Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anesthesiologista. A(s) alternativa(s) de procedimento anestésico indicadas para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações me foram explicadas satisfatoriamente.
- b) Fui esclarecido de que a anestesia envolve procedimentos invasivos e que podem ocorrer lesões que na maioria das vezes são temporárias. Raramente ocorrem lesões permanentes, mas podem ocorrer, mesmo que o procedimento tenha sido realizado sob o mais rigoroso padrão técnico. Assim como fui esclarecido, também, de que a resposta à administração de medicamentos é individual e que a ocorrência de efeitos colaterais ou indesejados é imprevisível.
- c) Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis nesta instituição.
- d) Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anesthesiologista sobre doenças pré-existentes, os medicamentos em uso, cirurgias realizadas, complicações anestésicas e reações alérgicas anteriormente apresentadas e, também, sobre o tempo decorrido de jejum (desde a última refeição/ingestão de líquidos).
- e) Fui informado(a) pela equipe médica de que o tabagismo, o uso de drogas entorpecentes, tais como cocaína, maconha, anfetaminas, e outras como o álcool são fatores que podem trazer prejuízo ao procedimento e/ou tratamento. Fui informado, também das complicações que podem advir do uso destas substâncias.

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

**PACIENTE** /  **RESPONSÁVEL LEGAL**

Nome: Marcelo Ferreira da Silva RG: 8728846  
Data de nascimento: 1/1/ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Cabo de Santo Agostinho, 29 de Junho de 20 20

Marcelo Ferreira da Silva  
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 \_\_\_\_\_

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



Tipo de documento: <b>TERMO DE CONSENTIMENTO</b>	Número do documento: TER_001	Emissão: 17/04/2019
Título: <b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>		Versão número: 001
Responsável pela elaboração: Bruna Melo	Responsável pela aprovação: Dr. André Sansão	Revisão: 00

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

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

Paciente

Responsável

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

- Tratamento: \_\_\_\_\_
- Assistência clínica: \_\_\_\_\_
- Procedimento: \_\_\_\_\_ ou
- Exame: \_\_\_\_\_

a que 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.

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: Josemar Ferreira da Silva RG: 6728846

Data de nasc.: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Cabo de Santo Agostinho, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

Josemar Ferreira da Silva  
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\_\_\_\_\_.

Igor Abutre  
CRM: 27776  
Assinatura / Carimbo do médico

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





HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA

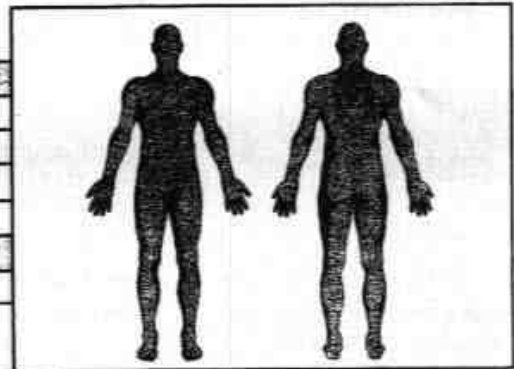
Data: 29 / 06 / 20

### CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

Hora: \_\_\_\_\_



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome:	<u>leximar Ferreira da silva</u>
Data de Nascimento:	<u>12/08/86</u> Registro: <u>40058</u>
Setor:	<u>Urologia</u> Leito: _____



SINAIS VITAIS		
PA:	<u>150x90</u>	T: <u>36.6</u> HGT: _____
Observação: _____		

ENTREVISTA			
PERTENSO:	SIM ( <input checked="" type="checkbox"/> )	NÃO ( <input type="checkbox"/> )	MEDICAÇÃO EM USO: _____
DIABÉTICO:	SIM ( <input checked="" type="checkbox"/> )	NÃO ( <input type="checkbox"/> )	MEDICAÇÃO EM USO: _____
HÁBITOS:	TABAGISTA:	SIM ( <input type="checkbox"/> ) NÃO ( <input checked="" type="checkbox"/> )	Há quantos anos: _____ Qtd/dia: _____
	ETILISTA:	SIM ( <input type="checkbox"/> ) NÃO ( <input checked="" type="checkbox"/> )	Há quantos anos: _____ Qtd/dia: _____

EXAMES SOLICITADOS			
IMAGEM:	RX ( <input checked="" type="checkbox"/> )	TAC c/ Contraste ( <input type="checkbox"/> )	USG ( <input type="checkbox"/> ) ECO ( <input type="checkbox"/> )
		TAC s/ Contraste ( <input checked="" type="checkbox"/> )	RNM ( <input type="checkbox"/> ) CATE ( <input type="checkbox"/> )
			LABORATORIAL: SIM ( <input type="checkbox"/> ) NÃO ( <input type="checkbox"/> )
			Observação: _____
PARECER CARDIOLÓGICO:	SIM ( <input type="checkbox"/> )	NÃO ( <input checked="" type="checkbox"/> )	Risco Cirúrgico: _____
RESERVA DE HEMODERIVADOS:	SIM ( <input type="checkbox"/> )	NÃO ( <input checked="" type="checkbox"/> )	GRUPO SANGÜINEO: _____
RESERVA DE LEITO DE UTI:	SIM ( <input type="checkbox"/> )	NÃO ( <input checked="" type="checkbox"/> )	Qual?: UTI: _____ LEITO: _____

ALERGIA		USO DE SONDAS	
SIM ( <input type="checkbox"/> )	QUAL: _____	SNE ( <input type="checkbox"/> )	SNG ( <input type="checkbox"/> )
NÃO ( <input checked="" type="checkbox"/> )	OBSERVAÇÃO: _____	SVD ( <input type="checkbox"/> )	Outra: <u>nao tem</u>
ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO		DRENO	
SIM ( <input type="checkbox"/> )	QUAL: _____	SIM ( <input type="checkbox"/> )	NÃO ( <input checked="" type="checkbox"/> )
NÃO ( <input checked="" type="checkbox"/> )	OBSERVAÇÃO: _____	Qual: _____	
SIM ( <input type="checkbox"/> )	QUAL: _____	Local: _____	
NÃO ( <input type="checkbox"/> )	HORÁRIO DA ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO: _____		

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE			
JEIUM:	SIM ( <input checked="" type="checkbox"/> )	NÃO ( <input type="checkbox"/> )	À partir do dia: <u>29/06</u> às: _____ Observação: _____
HIGIENIZAÇÃO:	SIM ( <input checked="" type="checkbox"/> )	NÃO ( <input type="checkbox"/> )	Observação: _____
TRICOTOMIA:	SIM ( <input checked="" type="checkbox"/> )	NÃO ( <input type="checkbox"/> )	Observação: _____
RETIRADO ADORNOS:	SIM ( <input checked="" type="checkbox"/> )	NÃO ( <input type="checkbox"/> )	RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA: SIM ( <input type="checkbox"/> ) NÃO ( <input checked="" type="checkbox"/> )
CIRURGIAS ANTERIORES:	SIM ( <input type="checkbox"/> )	Quais/Datas: _____	
	NÃO ( <input checked="" type="checkbox"/> )		
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE:	SIM ( <input type="checkbox"/> )	Quais/Datas: _____	
	NÃO ( <input checked="" type="checkbox"/> )		
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:	SIM ( <input type="checkbox"/> )	Observação: <u>Mequina com defeito</u>	LATERALIDADE DEMARCADA: SIM ( <input type="checkbox"/> ) NÃO ( <input type="checkbox"/> ) Observação: _____
	NÃO ( <input checked="" type="checkbox"/> )		

Enfermeiro Responsável: \_\_\_\_\_

(Assinar e Carimbar)

Aranda Mariana Carvalho de Lima  
COREN-PE 1897 - ENF

CÓD. 38404



**RA: 4559022 - JOSEMAR FERREIRA DA SILVA** 33 anos 10 meses 16 dias Sexo : M  
Dr.(a): 17726 - LÍACIEL SOARES Entrada: 27/06/2020 23:47:49  
Unidade: HDH-HOSPITAL DOM HELDER CAMARA - Posto: 000D06 - URGÊNCIA Prontoário: 40058 Cód.SUS: Local de Entrega: EV-  
EMERGENCIA VERDE  
Coleta :27/06/2020 23:47:00

Data de Nascimento :17/08/1986

**PROTEÍNA C REATIVA**

**Resultado**  
**6,0 mg/L**

**Valor de Referência:**  
Até 5,0 mg/L

Material: SORO

Método: IMUNOTURBIDIMETRIA

Data Assinatura: 28/06/2020 01:03:37

**CREATININA**

**Resultado**  
**0,96 mg/dL**

**Valor de Referência:**  
Homens: 0,72 a 1,25 mg/dL  
Mulheres: 0,57 a 1,11 mg/dL

Material: SORO

Método: PICRATO ALCALINO CINETICO

Data Assinatura: 28/06/2020 01:03:37

**POTÁSSIO**

**Resultado**  
**4,6 mmol/L**

**Valor de Referência:**  
De 3,5 a 5,1 mmol/L

Material: SORO

Método: ÍON SELETIVO

Data Assinatura: 28/06/2020 01:03:37


**SÓDIO**

**Resultado**  
**136 mmol/L**

**Valor de Referência:**  
De 136 a 145 mmol/L

Material: SORO

Método: ÍON SELETIVO



DRª EUNICE CATARYNE DE SOUZA  
BIOMÉDICA  
CRM: 3633

Data Assinatura: 28/06/2020 01:03:37

**Exames Assinados Eletronicamente**

"Horário Oficial de Brasília"

"Amostra Não Coletada pelo Laboratório"

"Os resultados obtidos devem ser correlacionados com outros dados clínicos."

Laboratório participante do programa PELM da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica.

Rua. Dr. João Tavares de Moura, 57 Peixinhos 53230-290 Olinda - PE - Responsável Técnico: DR. LUCIANO ALMEIDA CRM/PE:5325

Data da Impressão: 28/06/2020 21:29:00 Página: 1/4



**RA: 4559022 - JOSEMAR FERREIRA DA SILVA** 33 anos 10 meses 16 dias Sexo : M  
Entrada: 27/06/2020 23:47:49  
Dr.(a): 17726 - JACIEL SOARES  
Unidade: HDH-HOSPITAL DOM HELDER CAMARA - Posto: 000006 - URGENCIA Prontuário: 40058 Cód.SUS: Local de Entrega: EV-EMERGÊNCIA VERDE  
Coleta :27/06/2020 23:47:00

Data de Nascimento :12/08/1986

**HEMOGRAMA**

Resultado Atual	Resultados Anteriores			Valor de Referência	
	Lauda Evolutivo			Homens	Mulheres
<b>ERITROGRAMA</b>					
Hemácias	4,77	10 <sup>6</sup> /μL	--	--	4,4 - 5,9 4,0 - 5,4 10 <sup>6</sup> /μL
Hemoglobina	13,0	g/dL	--	--	13,0 - 18,0 12,0 - 16,0 g/dL
Hematócrito	38,0	%	--	--	40 - 52 35 - 47 %
VCM	79,7	fL	--	--	80 - 100 80 - 100 fL
HCM	27,3	pg	--	--	27 - 32 27 - 32 pg
TCM	34,2	g/dL	--	--	32 - 37 32 - 37 g/dL
KDW	15,3	%	--	--	Até 15 Até 15 %

DISCRETA MICROCITOSE ; DISCRETA ANISOCITOSE ;

**LEUCOGRAMA**

Leucócitos	100 %	10600 /μL	--	--	100 % 3500 - 11000 /μL
Neutrófilos	80,7 %	8554 /μL	--	--	50 - 70 % 2500 - 7000 /μL
Eosinófilos	1,3 %	138 /μL	--	--	1 - 5 % 100 - 600 /μL
Basófilos	0,3 %	32 /μL	--	--	0 - 2 % 0 - 200 /μL
Linfócitos	13,6 %	1442 /μL	--	--	20 - 30 % 1000 - 3000 /μL
Monócitos	4,1 %	435 /μL	--	--	2 - 12 % 100 - 800 /μL
Plaquetas	241.000	/μL	--	--	150.000 - 450.000 /μL

Nota: Baseado na orientação do International Society for Laboratory Hematology na qual deve haver uma padronização para liberação de exames de hemograma, incluindo o diferencial de leucócitos e de acordo com o Colégio Americano de Patologistas que orienta que neutrófilos bastonetes estão presentes em até 5 a 10% dos hemogramas normais, foi padronizada pelo Laboratório Científicaab do grupo DASA que a liberação de bastonetes é realizada quando estiverem acima de 6% do total de neutrófilos.

Material: SANGUE

Método: AUTOMAÇÃO



DRªEUNICE CATARYNE DE SOUZA  
BIOMÉDICA  
CRM: 3633

Data Assinatura: 28/06/2020 01:03:37

**Exames Assinados Eletronicamente**

"Horário Oficial de Brasília"

"Amostra Não Coletada pelo Laboratório"

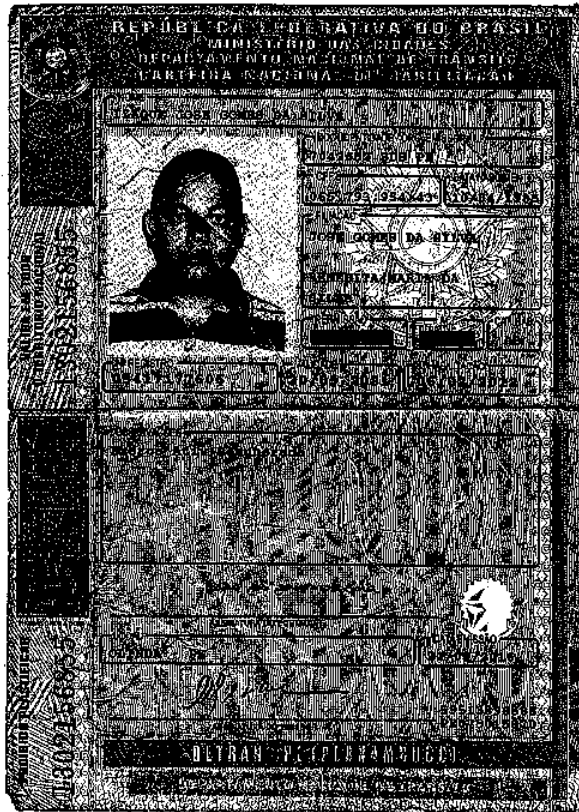
"Os resultados obtidos devem ser correlacionados com outros dados clínicos."

Laboratório participante do programa PELM da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica.

Rua. Dr. João Tavares de Moura, 57 Pelinhos 53230-290 Olinda - PE - Responsável Técnico: DR. LUCIANO ALMEIDA CRM/PE: 5325

Data da Impressão: 28/06/2020 21:29:00 Página: 3/4





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME  
**JOSEMAR FERREIRA DA SILVA**



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF  
**6728846 SDS PE**

CPF  
**065.020.074-81**

DATA NASCIMENTO  
**12/08/1986**

FILIAÇÃO  
**GENIVALDO FERREIRA DA SILVA  
CARMELITA PETRONILA DA SILVA**

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.  
**AB**

Nº REGISTRO  
**05874220401**

VALIDADE  
**05/08/2024**

1ª HABILITAÇÃO  
**09/09/2013**

OBSERVAÇÕES  
**EAR  
CMTX**

*Josemar Ferreira da Silva*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
**RECIFE, PE**

DATA EMISSÃO  
**14/08/2019**

*Roberto Carlos Fontelles*  
Roberto Carlos Moreira Fontelles  
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

88768809174  
PE093963254

**PERNAMBUCO**

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
**1827732143**

PROIBIDO PLASTIFICAR  
**1827732143**



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das  
Condições do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0273167/20

Vítima: JOSEMAR FERREIRA DA SILVA

CPF: 065.020.074-81

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/06/2020

Titular do CPF: JOSEMAR FERREIRA DA  
SILVA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA : 065.793.954-43

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

#### JOSEMAR FERREIRA DA SILVA : 065.020.074-81

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](http://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: 28/09/2020  
Nome: IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA  
CPF: 065.793.954-43

IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/09/2020  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200346408 **Cidade:** Cabo de Santo Agostinho **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSEMAR FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 27/06/2020 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 05/10/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSO. ALTA.  
P 2/6/9/14\*/15\*/

**Seqelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Seqelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das seqelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200346408 **Cidade:** Cabo de Santo Agostinho **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSEMAR FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 27/06/2020 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 02/10/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSO. ALTA.  
P 2/6/9/14\*/15\*/

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

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

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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



## Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante JOSE MAR FERREIRA DA SILVA  
portador(a) do documento de identidade nº 6728846, expedido por SOS-PE, em  
1/1, inscrito no CPF sob o nº 06502007481, residente na  
AVIA NOVE, nº 52  
complemento \_\_\_\_\_, Bairro ALTO BELA VISTA, cidade  
CASA DE SANTO AGOSTINHO, Estado PE.

2. Outorgado FRANCO LEVI FERREIRA DA SILVA  
portador(a) do documento de identidade nº 7042652, expedido por SOS-PE em  
1/1, inscrito no CPF sob o nº 06579395443, residente na  
ESTRADA VELHA DO GALILEIA, nº 170  
complemento \_\_\_\_\_, Bairro RIO DOCE, cidade  
OLINDA, Estado PE.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DP/AT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

OLINDA, 25 de SETEMBRO de 2020

Outorgante Josemar Ferreira da Silva



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0273167/20

**Vítima:** JOSEMAR FERREIRA DA SILVA

**CPF:** 065.020.074-81

**Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

**Data do acidente:** 27/06/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOSEMAR FERREIRA DA SILVA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA : 065.793.954-43

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

#### JOSEMAR FERREIRA DA SILVA : 065.020.074-81

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](http://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: 28/09/2020  
Nome: IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA  
CPF: 065.793.954-43

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/09/2020  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA

Marta Marinho dos Santos

