

É de se destacar, por imperioso, que o recibo de quitação outorgado pelo Autor em face da empresa Ré foi lavrado em termos genéricos, não podendo liberar o devedor, notadamente em razão do valor indenizatório estar estabelecido por lei, como é o caso presente, como já decidiu inclusive a N. 10ª Câmara do E. 1º TACSP, nos autos da Apelação 719.238-7, cuja ementa a seguir transcrevemos:

“SEGURO OBRIGATÓRIO – RESPONSABILIDADE CIVIL – ACIDENTE DE TRÂNSITO – FIXAÇÃO DO VALOR IMPOSTO POR LEI NÃO PODENDO SER OBJETO DE TRANSAÇÃO ENTRE AS PARTES – PROTEÇÃO DO SEGURADO QUE É A PARTE MAIS FRACA NO CONTRATO – INVALIDADE DA QUITAÇÃO POR VALOR MENOR QUE O DA INDENIZAÇÃO POR FORÇA DE TAL PRINCÍPIO – DETERMINAÇÃO DA SENTENÇA PARA QUE A SEGURADORA PAGUE O RESTANTE DA INDENIZAÇÃO A DESPEITO DE TER OBTIDO A QUITAÇÃO – COBRANÇA PROCEDENTE – RECURSO IMPROVIDO.

ACÓRDÃO

SEGURO OBRIGATÓRIO POR ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO – Valor fixado é imposto por lei e não pode ser objeto de transação entre as partes. Norma visa proteger o segurado que é a parte mais fraca do contrato. Quitação dada por valor menor que o da indenização não tem validade por força de tal princípio – Correta a determinação contida na sentença que a seguradora pague o restante da indenização a despeito de ter obtido a quitação. **Apelação desprovida**”.

Logo, o valor que deveria ser pago era de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) pela **debilidade permanente do membro inferior esquerdo**.

Portanto, diante do exposto, a indenização a que faz jus é aquela em que prevê a Lei regulamentadora do Seguro DPVAT.

Vê-se, portanto, que o Autor recebeu a quantia inferior àquela que legalmente lhe era devida. Essa postura constitui evidente afronta aos ditames normativos e não deve prosperar, mormente o entendimento jurisprudencial a pouco externado, de tal sorte que agora deve receber a diferença à época não paga.

Com isso, torna-se notório seu direito de receber a importância de R\$ 11.137,50 (onze mil cento e trinta e sete reais e cinquenta centavos), correspondente à diferença que a empresa Ré indevidamente deixou de lhe pagar, referente à **debilidade permanente do membro inferior esquerdo**.

III. DO REQUERIMENTO:

EX POSITIS, requer:

I- Que seja concedido a parte autora o pedido da **JUSTIÇA GRATUITA**, nos termos da Lei nº 1.060/50;

II- **Que o autor declara que não tem interesse na conciliação (art. 319, VII do CPC/15);**



III- Que seja deferido o pedido da segunda preliminar para nomeação de perito, para atestar e graduar a debilidade da parte autora, bem como as debilidades que forem atestadas no ato da realização da perícia médica judicial em decorrência do acidente, conforme Convênio firmado entre Seguradoras do Consórcio DPVAT e Tribunal de Justiça de Pernambuco (Ofício nº. 0005/2015 e Ofício DPVAT/JUR nº. 583/2015;

IV- A citação da empresa Ré, para responder nos termos desta ação, sob pena de revelia, devendo a mesma ser condenada ao final a pagar o complemento de cobertura securitária título do seguro obrigatório DPVAT na quantia pecuniária apontada como valor da causa, desde data do prejuízo até o efetivo pagamento, acrescido de juros, correção monetária, honorários advocatícios e demais correspondentes do ônus sucumbência sobre o total apurado;

V- Por provar o alegado por todos os meios de prova em direito admitidos, tais como oitiva de testemunhas, provas periciais, documentais e as que se fizerem necessárias para o bem da verdade.

IV. VALOR DA CAUSA:

Atribui-se a causa o valor de R\$ 11.137,50 (onze mil cento e trinta e sete reais e cinquenta centavos).

Nestes Termos,

Pede Deferimento.

Recife, 16 de agosto de 2018.

Juliana Magalhães

OAB/PE nº. 22.820







PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Paulo Ricardo dos Santos Silva, brasileiro(a), Estado Civil casado, Profissão: Fiscal de loja, RG: 7325333 Expedido: SDS /PE, CPF nº 071994324-88, residente e domiciliado na Rua Vera Cruz, Nº 10 Bairro: Piedade Cidade: Jaboatão /PE

OUTORGADO: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHÃES, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 22.820, com endereço profissional à Av. Fagundes Varela, 988, Salas 09/10, Jardim Atlântico, Olinda-PE, com endereço eletrônico jm_adv08@hotmail.com.

PODERES

Para representá-lo em juízo, conforme cláusula "ad judicium", conferindo-lhe amplos poderes para defendê-lo em qualquer juízo, instância ou Tribunal, outorgando-lhe poderes especiais para requerer, contestar, indicar provas e testemunhas, protestar, executar, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, transigir, firmar acordos e compromissos, desarquivar processos, recorrer, acompanhar andamento de processo, apresentar contrarrazões, requerer e receber Alvará Judicial para dar quitação, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15, podendo ainda substabelecer em parte ou no todo, com ou sem reservas, hipótese em que comunicará aos outorgantes os poderes que ora são outorgados, sempre no interesse dos outorgantes.

DECLARAÇÃO DE POBREZA: declaro, firmado sob as penas das Leis 1060/50, que se encontra em estado de pobreza legal, não podendo arcar com as custas e demais despesas da presente demanda sem prejuízo do próprio sustento e de sua família.

Recife, 01 de Novembro de 2018.

Paulo Ricardo dos Santos Silva
Outorgante

Rua Padre Rocha, 177, São José, Carpinha, PE. (81) 989535-9683/37220606
Av. Fagundes Varela, 988, Sl. 09 e 10, Jardim Atlântico, Olinda, PE. (81) 3431.6171
jm_adv08@hotmail.com



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu Paulo Ricardo dos Santos Silva

RG 7325333, CPF 071994324-88

Residente na Rua Vera Cruz, Bairro Piedade

Cidade Fabricato do Guararapes Estado de Pernambuco

Declaro para os devidos fins e efeitos que fui vítima de acidente de trânsito, e, portanto, apresento-me como beneficiário do seguro obrigatório DPVAT, para requerer a indenização a que tenho direito.

Outrossim Declaro pelo presente que estou ciente das implicações legais decorrentes da não veracidade nas informações aqui prestadas, sendo, portanto, verdadeiro o que declaro e assino neste documento.

Recife, 01 de Novembro de 2018

Paulo Ricardo dos Santos Silva

Assinatura do Declarante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
PAULO RICARDO DOS SANTOS SILVA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
7325333 SDS PE

CPF
071.994.324-88

DATA NASCIMENTO
20/06/1987

FILIAÇÃO
**MIGUEL ANTONIO DOS SANTOS SILVA
CREUSA MARIA FERREIRA DA SILVA**

PERMISSÃO
[REDACTED]

ACC
[REDACTED]

CAT. HAB.
A

Nº REGISTRO
05156330957

VALIDADE
23/03/2020

1ª HABILITAÇÃO
09/03/2011

OBSERVAÇÕES
sem observações

Paulo Ricardo dos Santos Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
24/03/2015

[Signature]
ASSINATURA DO EMISSOR

**37955894440
PE065357779**

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1024394782

PROIBIDO PLASTIFICAR
1024394782





Tabela Social de Energia Elétrica - Oritada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Góes 111, 508 Vela - Recife - Pernambuco - CEP 51090-902
CNPJ nº 05.559.000/01-08 | Insc. Est. 0015643-01 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
LINDA MARIA FERREIRA SILVA
RUA AUGUSTO KRAEPIEM 5500
CEP: 475 368-074-06

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA VERACIDUE TORRE 1225-FUNCAO
00100
RIBEIRIA-VAZEM
CADOATÁ-PE/51240-000

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Motricidade

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
002017790	UNICA	18/03/2016
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DE INSTALAÇÃO
1803/2016	200026637	1810278

CONTA CONTRATO	MES/ANO
1375448021	02/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRECISO NOMINAL ÚTIL
29/02/2018	21/03/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	
126,28	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	187,000000	0,5817488	107,88
Atividade Banda VERELPE			8,62
Contribuição Rumor 36 Público			13,70
ICMS Subvenção I DE NF 00344/1998-21/0875			0,71
ICMS Subvenção I DE NF 00348/2007-2/00915			0,51
Multa por atraso NF 007901408-1011115			1,87
Multa por atraso NF 007901408-1011208			0,19
Multa por atraso NF 00259476-2012115			7,31
Multa por atraso NF 00259476-2013115			0,15
Multa por atraso NF 00259476-2013115			1,01
Multa por atraso NF 002601408-2011115			
TOTAL DA FATURA			126,28

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
30114432	CAT	21/02/2018	113544	18/03/2018	115416	26	1,666		187,86

HISTÓRICO DE CONSUMO

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÓSTO
ICMS	100,00	25,90
PIS	1,25	1,34
COFINS	6,75	8,06

COMPOSIÇÃO CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)
Consumo de Energia	117,90
Transmissão	2,08
Distribuição (C&D)	15,71
Energia Solarizada	1,80
Taxas	25,25
Total	162,74

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo (kWh): 187,86

RESERVAÇÃO FISCAL

CRIC BSCIA 2200 7188 AIDE 4340 7508 4003



INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Esta conta de energia elétrica tem validade de 12 meses a partir da data de emissão. O valor da tarifa é fixo e não sofre alterações durante o período de validade. O valor da tarifa é fixo e não sofre alterações durante o período de validade. O valor da tarifa é fixo e não sofre alterações durante o período de validade.

COMUNICAÇÃO DE SERVIÇOS PRESTADOS

Vencido	Diferença	Valor	Vencido	Diferença	Valor
460116	150016	127,58			

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES

CONDIÇÃO	TIPO DE INTERRUPTÃO	TEMPO MÁXIMO (min)	TEMPO MÁXIMO (h)	TEMPO MÁXIMO (d)
ON	FEISAGE	0,00	0,00	0,00
OFF	FEISAGE	0,00	0,00	0,00

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	UNIDADE	FAZENDA
127	100	100





Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº: 2175.000
EM: 09.08.2018

Atendendo ao requerimento do Sr. **IGOR GERMANO OLIVEIRA DOS SANTOS, RG: 8160685 – SDS/PE, CPF: 106.743.354-65**, consta em nossos arquivos a ocorrência nº **S-418396** do dia 19 de dezembro de 2017, na qual, **PAULO RICARDO DOS SANTOS SILVA, RG: 7325333 - SSP/PE, CPF: 071.994.324 - 88**, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU/JABOATÃO por volta das 17h 54min vítima de colisão moto e carro. O acidente aconteceu na Av. Airton Sena ,próximo a Padaria O Globo - Piedade - Jaboatão dos Guararapes/PE, onde após os cuidados, a vítima foi removida para o Hospital Dom Helder Câmara.

Jaboatão dos Guararapes, 04 de Outubro de 2018.

José Samarone N. Lima
Coord. Geral SAMU 192 PJG/PE
COREN-PE 140001 ENF. 15.2114

Jose Samarone N. Lima
Coord. Geral-Samu/PMJG.
Sec. Saúde-Jaboatão dos Guararapes.
COREN-PE345. 393-ENF.

Rosângela S. Azevedo
Adm. Matrícula: 132560
SAMU - PMJG





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 410814

Senha da Classificação:

Data e Hora: 19/12/2017 18:35

0026

Paciente: 100735 PAULO RICARDO DOS SANTOS SILVA Sexo: MASCULINO
 Data do Nascimento: 20/06/1987 Idade: 30 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
 Nome da Mãe: CREUSA MARIA FERREIRA DA SILVA Nome do Pai:
 Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: JACIEL SOARES DE OLIVEIRA CRM: 17726
 Endereço: AVENIDA CAMARA MUNICIPAL -- Bairro: PRAZERES
 Cidade/UF: JABOATÃO DOS GUARARAPES PE Usuário Atendimento: JACIANEBO
 (Identidade): Data de Emissão: *Hôsp. Hospital Dom Helder Camara*
 CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 84355121 *Evângela C. Dias de Souza*
 Cartão SUS: Data de Emissão CRN: *Em: [assinatura]*

02 JAN 2018

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

luto x coroa há 20 dias

EXCELSIOR SEGUROS
02 OUT 2018
SEGURO DPVAT

Exame Físico

*As vias aéreas normais e lúidas
 B: MLD na HAT (aprox 10)
 C: Sinais de congestão pulmonar
 De Glasgow 15
 G: batido de juba em 20*

Hipótese Diagnóstica

Delirium - delirium

Conduta Terapêutica

- SF 1000 ml 1x/dia

Prescrição Médica

ATENDIDO

*o tratamento com o paciente
 o tratamento com o paciente
 o tratamento com o paciente*

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:
LEITO DO PACIENTE:

*reflexos do bloco
 reflexos do bloco*



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 19/12/2017 13:35



Nome Paciente: PAULO RICARDO DOS SANTOS SILVA
Cód. Paciente: 100735
Data de Nascimento: 20/06/1987
Sexo: Masculino
Idade: 30
Senha: 0026
Convênio: 2 - SUS/SIA AMB/URG
Atendimento: 410814 
SAME:

Período: 19/12/2017 18:50 - 19/12/2017 18:51

ILANA DE SOUZA FLORENCIO - COREN: 377337 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**
Cor: AMARELO
Queixa Principal: PCTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTA FRAT. EXP. NA PERNA E, FERIMENTO EM MSE, NEGA HAS, DM E ALERGIAS
Auxograma sintoma: SITUAÇÕES ESPECIAIS
Criminador(es): - PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS
Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Acolhido(a) por: ILANA DE SOUZA FLORENCIO - COREN: 377337 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 19/12/2017 19:08

de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: Amélia Fricada T. do S. Silva Registro: 00735 Nº Atendimento: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não

Clínica: Adespal Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração: Queda de um dente há 03 meses

História da Doença Atual: paciente relata início de queda

de um dente superior há 03 meses

sem trauma

Interrogatório Sintomatológica: sem dor



Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 34229 Sala : 0003 SALA 03
Paciente : 100735 PAULO RICARDO DOS SANTOS SILVA Atendimento : 410820
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 645 BL-1 A Idade : 30 Anos
Dt. Inicio : Dt. Fim : 19/12/2017 23:38
Sid Pré-Operatório : S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
Sid Pós-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0408050500 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA TÍBIA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia:

Equipe Médica

CIRURGIAO 14861 REINALDO MENDES DE CARVALHO

Descrição

Descrição Cirúrgica :

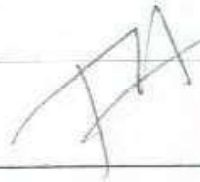
DIAGNOSTICO : FRATURA SEGMENTAR EXPOSTA DE TIBIA , LESÃO GRAVE DE PARTES MOLES
CONDUTA : TRATAMENTO CIRURGICO

DESCRIÇÃO :


1. DHD, ANESTESIADO, ASSEPSIA, ANTISSEPSIA, CAMPOS ESTEREIS
 2. OBSERVA-SE LESÃO GRAVE OSSEA E PARTES MOLES EM PERNA ESQ.
 3. REALIZADO LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF , DESBRIDAMENTO CIRURGICO
 4. MANTENHO SEGMENTO INTERMEDIARIO POR APRESENTAR PARTES MOLES AINDA INSERIDA
 5. REDUÇÃO DA FRATURA E FIXAÇÃO COM FIXADOR TRANSARTICULAR
- COBERTURA OSSEA COM ROTAÇÃO DO TIBIAL ANTERIOR
CURATIVO COM ADAPTIC
BOA PERFUSÃO DISTAL

Dados Cirúrgicos:

Descrição Complementar


Reinaldo Mendes de Carvalho
Médico em Ortopedia
CRM 14861 - PE

DR(A) : REINALDO MENDES DE CARVALHO
CRM : 14861

2017 12 19
Reinaldo Mendes de Carvalho - ORT






HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA



FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

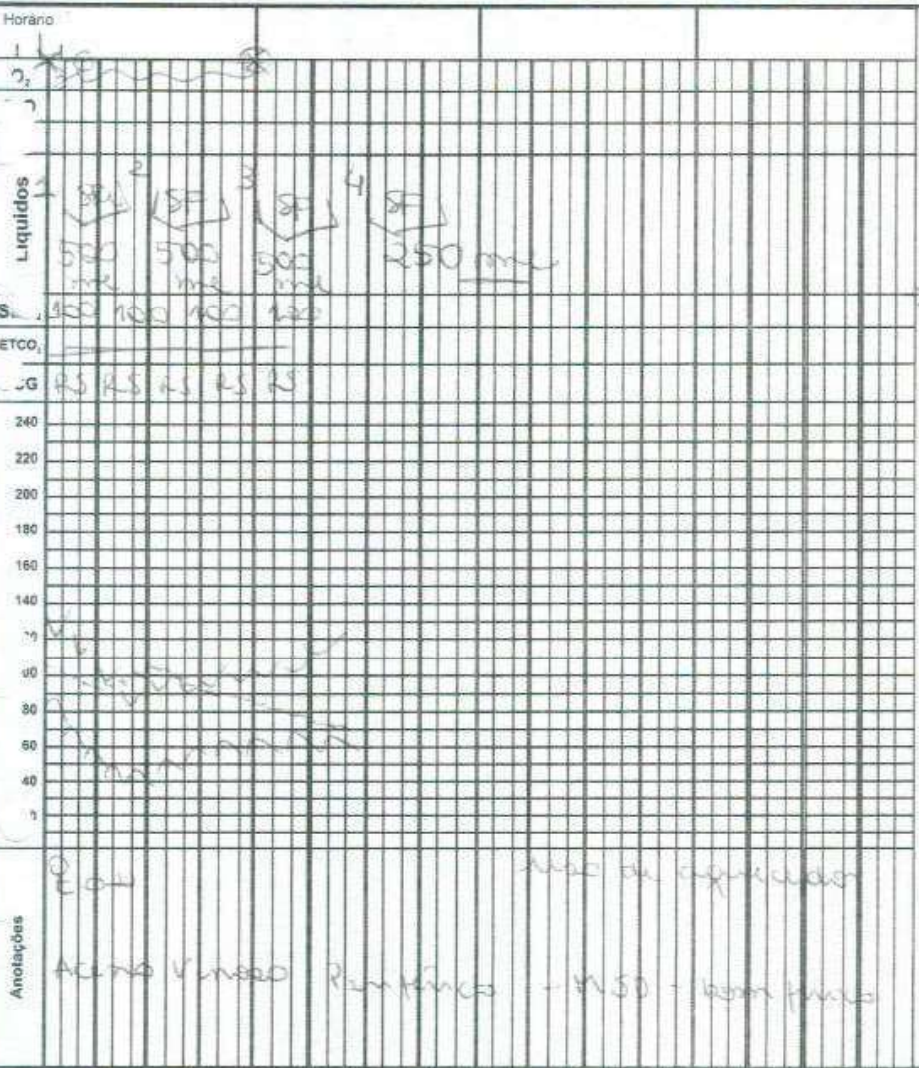
19/12/17

Paciente: Pavão Ricardo dos Santos Silva Sexo: M Cor: P Idade: 33 Risco: I

CRM: 151883 Nome do Anestesiista: Helena Spencer Nome do Cirurgião: Fernando Mendes

Medicação Pre-anestésica: 8 Urgência: NÃO SIM

Cirurgia: tratamento cirúrgico de fratura de - REG: 100735
parte de tipo ESS e fixador externo P: 80kg



Drogas Usadas	Quantidade
Fentanil 50 + 50 mcg	
Cefazolina 2g	
Dexametasona 10mg	
Ondansetrona 8mg	
Metoprolol 10mg	
Jalpy utoprefeno	
Bupivacaína 2g	
RADVI	
Bupivacaína 0,5% 17,5mg	
Morfina 20mg	

Técnica Anestésica: Regime anestésico de
perícia, intubação orotraqueal
na + antineumonia. PE
de L4-L5 transvertebral
no up após batel
anestésico, e agulha
25 de Spinnaker UE
normotensão e lim-
po de bloqueio so-
tis latentes

- Monitorização**
- Cardioscópio
 - Oxímetro
 - PNI
 - Sonda Vesical
 - Capnógrafo
 - Estet. Pré-Cordial
 - Outros
- Solicite compo-
caê + exame con-
guinte

- Encaminhado**
- Acordado
 - Sonoletivo
 - Intubado
- Destino**
- SRPA
 - Apart/Enf.
 - UTI
 - Externo

Intercorrência: NÃO SIM

Descrever: Vítima de acidente de moto -
politrauma -> ATLS - foto TP lateral

Observações: do como trauma suspenso
ME apenas MEGA vómitos em fase
de consciência / ORIENTADO ECC IS
MEGA aversa, vomitadas, tais sinais
uso de medicação

Solicite HMO + Medic = 9
med + leoguespame

Assinatura do Anestesiista: JESUM INCOMPETIS





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 410820

Data e Hora do Atendimento: 19/12/2017 18:51

Usuário do Atendimento: AMANDAMMS

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: PAULO RICARDO DOS SANTOS SILVA

Prontuário: 100735

Nome da Mãe: CREUSA MARIA FERREIRA DA SILVA

Nome do Pai:

Data do Nascimento: 20/06/1987

Idade: 30 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG:

Data Emissão:

CPF:

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) INCOMPLETO

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: OUTROS

Endereço: AVENIDA CAMARA MUNICIPAL DO J.

PRAZERES

Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES

PE

CEP: 54330901

Fone: 84355121

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: DEMANDA ESPONTANEA

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: BLOCO CIRURGICO - RPA

Leito: BL-1 A

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, 19/12/2017

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: Melhorado

Diagnóstico: Lesão exposta de tíbia e com fratura grau de quinto

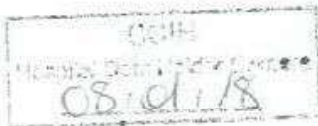
Procedimento: 1.2 + fixação externa + placas e parafusos na tíbia e mola

Alta em: 02/01/2018 Hora: 12:00

Médico e C.R.M.: _____

Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____

Assinatura e R.G.: _____



HDH-Hospital Dom Helder Câmara
Moanna Kalliny
Arquivista
SAME/Faturamento

SECRETARIA DE SAÚDE
FATURAMENTO
19/12/2018



Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 34321	Sala : 0001	SALA 01	Atendimento : 410820
Paciente : 100735	PAULO RICARDO DOS SANTOS SILVA		Carteira :
Convênio Atend. : 1	SUS - INTERNACAO		Idade : 30 Anos
Leito : 34	405 - 04 - LT CMEDICA		
Dt. Início :	Dt. Fim : 27/12/2017 16:59		
id Pré-Operatório :			
id Pós-Operatório :			

Procedimentos

Procedimento: 0401020029	ENXERTO DERMO-EPIDERMICO (PRINCIPAL)
Convênio: 001	SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05	RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIAO	13754	MARCELO FREITAS LINS SILVA
ANESTESISTA	5083	GRACA MARIZA COUTO RIBEIRO PESSOA

Descrição

Descrição Cirúrgica :

ANTISSEPSIA
RETIRADA DE ENXERTO DE PELE PARCIAL NA COXA ESQUERDA
ENXERTO DE PEE PARCIAL NA PERNA ESQUERDA
CURATIVO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DR(A) : MARCELO FREITAS LINS SILVA
CRM : 13754

10 JAN 2018



Ficha de Cirurgia Descritiva

Plano de Cirurgia : 34412 Sala : 0001 SALA 01
Paciente : 100736 PAULO RICARDO DOS SANTOS SILVA Atendimento : 410820
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 34 405 - 04 - LT CMEDICA Idade : 30 Anos
Dt. Inicio : 04/01/2018 09:53 Dt. Fim : 04/01/2018 11:53

Pré-Operatório :

Pós-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0408050500 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 86 RAQUI ANESTESIA + SEDACAO

Equipe Médica

QUIRURGIÃO 16548 MARCELO HENRIQUE DE MELO LUNA MACHADO
ANESTESISTA 16219 RAISSA MORAIS CASADO

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DESCRIÇÃO
H.D= FRATURA DE FIBULA-E

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM MESA CIRÚRGICA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
4. ACESSO LATERAL AO TORNOZELO
5. REDUÇÃO ANATOMICA DA FRATURA
6. PLACA 7 FUROS SEMI-TUBULAR E APOSIÇÃO DE 3 PARAFUSOS CORTICAIS PROXIMAIS + 03 PARAFUSOS DISTAIS CORTICAIS.
7. VERIFICADA PINÇA ARTICULAR COM REDUÇÃO ADEQUADA
LIMPEZA COM SF0,9%
CURATIVO
BOA PERFUSÃO DISTAL

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar



DR(A) : MARCELO HENRIQUE DE MELO LUNA MACHADO
CRM : 16548

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA





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: 100735 Atendimento: 410820 Dt. Cad: 19/12/2017
 Nome: PAULO RICARDO DOS SANTOS SILVA Dt. Nasc: 20/6/1987
 Mãe: CREUSA MARIA FERREIRA DA SILVA Bairro: PRAZERES
 End.: AVENIDA CAMARA MUNICIPAL DO JABOATAO DOS GUARARAPES Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES
 Enferm.: 405 - 04 - LT CMEDICA Leito: 34 CNS: 706404685322983

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Confirmação sobre o paciente: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identificação do paciente <input type="checkbox"/> Local da cirurgia a ser feita <input type="checkbox"/> Procedimento a ser realizado <input type="checkbox"/> Consentimento informado realizado | <input type="checkbox"/> Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim e há equipamento disponível |
| <input checked="" type="checkbox"/> Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
<input type="checkbox"/> Checagem do equipamento anestésico
<input type="checkbox"/> Oxímetro de pulso instalado e funcionando | <input type="checkbox"/> Há risco de perda sanguínea > 500ml (7mL/kg em crianças)? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim e há equipamento disponível |
| <input checked="" type="checkbox"/> O paciente tem alguma alergia? <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____ | |

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- | | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
<input type="checkbox"/> O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identificação do paciente <input type="checkbox"/> Local da cirurgia a ser feita <input type="checkbox"/> Procedimento a ser realizado | <input type="checkbox"/> O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos? <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não se aplica |
| <input checked="" type="checkbox"/> Antecipação de eventos críticos: Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? <i>Não</i>
Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? <i>OK</i> | <input type="checkbox"/> Exames de imagem estão disponíveis? <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <i>OK</i> <input type="checkbox"/> Não se aplica |
| <input type="checkbox"/> Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente? | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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 *Trocarung. pod. enor. perna.*
 - 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.

Ruana Cereja
Enfermeira
CNS: 311387

10/05/18





HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

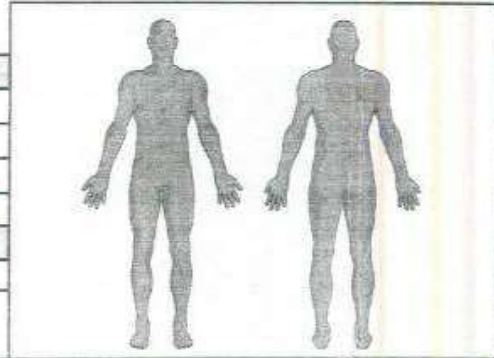
Data: 24/01/18

CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

Hora: 304



405 4



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Paulo Augusto
 Data de Nascimento: 11/11/60 Registro: 100735
 Setor: T20 Leito: 405 4

SINAIS VITAIS

PA: 104 x 64 T: 36,2°C HGT: 1,65
 Observação:

ENTREVISTA

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

EXAMES SOLICITADOS

IMAGEM: RX () TAC c/ Contraste () USG () ECO () LABORATÓRIAL: SIM () NÃO ()
 TAC s/ Contraste () RNM () CATE () Observação: _____
 PARECER CARDIOLÓGICO: SIM () NÃO () Risco Cirúrgico: _____
 RESERVA DE HEMODERIVADOS: SIM () NÃO () GRUPO SANGUÍNEO: _____
 RESERVA DE LEITO DE UTI: SIM () NÃO () Qual?: UTI: _____ LEITO: _____

ALERGIA

SIM () QUAL: _____
 NÃO (X) OBSERVAÇÃO: _____

USO DE SONDAS

SNE () SNG ()
 SVD ()
 Outra: _____

ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO

SIM (/) QUAL: Gentamicina, Clindamicina
 NÃO () OBSERVAÇÃO: _____
 SIM () QUAL: _____
 NÃO () HORÁRIO DA ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO: _____

DRENO

SIM () NÃO ()
 Qual: _____
 Local: _____

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE

JEJUM: SIM () NÃO () À partir do dia: 24/1/18 às: _____ Observação: _____
 HIGIENIZAÇÃO: SIM () NÃO () Observação: _____
 TRICOTOMIA: SIM () NÃO () Observação: _____
 RETIRADO ADORNOS: SIM () NÃO () RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA: SIM () NÃO ()
 CIRURGIAS ANTERIORES: SIM (X) Quais/Datas: ASD
 NÃO ()
 ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE: SIM (/) Quais/Datas: ASD
 NÃO ()
 PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO: SIM (/) Observação: _____ LATERALIDADE: SIM () Observação: _____
 NÃO () DEMARCADA: NÃO ()

Enfermeiro Responsável: Fabiano P. Alexandre

COD. 38404



GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Paulo Ricardo dos Santos SILVA Data: 04/10/18 Hora: 10:00 Registro: 100735
Convênio: SUS Leito: _____ Pac: _____ Altura: _____

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Marcelo Machado Anestesiista: Dr. Marcus
Auxiliar: Dr. Umberto 2º Auxiliar: _____ Instrumentador: Jacilene

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: II CRUR. Fixação Fibula (L) Início: 10:40 Término: _____
Anestesia: Raquidurosteno + Sedação Início: 10:20 Término: _____

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

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

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

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

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso (x) Monitor Cardíaco (x) PNI (x) Bomba CEC () Aspirador ()
Colchão Térmico () Bisturi Ultrassônico (x) Artroscópio () Microscópio () Capnógrafo ()
Bisturi Elétrico (x) Local da Placa: dorso
Carro de Anestesia (x) Difusor () Intensificador (x) N° ()
Ap. Vídeo () Bomba de Infusão ()
Oxigênio () Início _____ Término _____
Protóxido () Início _____ Término _____
Gás Carbônico () Início _____ Término _____
Outros: _____

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Ânula Orotraqueal: Sim () Não (x)
Sonda Vesical de Demora: Sim () Não (x)
Anestesia (Tipo e Local): Sim () Não (x)
Curativo (Tipo e Local): Sim (x) Não ()
Punção Venosa: Sim () Não (x)
Sonda Gástrica: Sim () Não (x)

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: Uso de anestesia segue anexação ao monitor do paciente. CIRURGIA: Uso de instrumentar segue anexação ao monitor do paciente.

6 - OBSERVAÇÕES:

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

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

Data: 04/10/18 Hora: _____ Enfermeira: Thaís Circulante: Eolene



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ Registro: _____

Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
03/01/18	# 100000000
	Paciente segue estável
	apresenta edema de partes moles
	p/ programação cirúrgica
	Atendimento Nutricional
	Data: 05/01/18 Hora: 10:00 HS
	Nutricionista Responsável
	Dr. N. G. S. S. S.
	CRM: 10548

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Paulo Ricardo dos Santos Registro: 100735

Clínica: _____ Enfermaria: 405 Leito: 04

Data/Hora	
21/12/17	# Serviço Social # Realizada visita ao leito, entrevista social, prestação de orientação sobre seguro DPVAT e direitos do trabalhador.
	Atendimento Nutricional Data: <u>21/12/17</u> Hora: <u>19:26</u> HS
	Nutricionista Responsável Eliane C. B. ... Nutricionista CRM-0-2000
	MCH - Hospital Dom Helder Câmara Juliana Caires do Nascimento Assistente Social CRESSIFE BUES
22/12/17	# Outopédia # Paciente segue estável, sem queixas, persistência em nível de vigilância.
	Atendimento Nutricional Data: <u>22/12/17</u> Hora: <u>15:44</u> HS
	Nutricionista Responsável Nutricionista CRM-0-2000
05/10/18	# Outopédia # FO com bom aspecto Paciente sem queixas alta de outopédia



Resumo de Alta Hospitalar

LIOS-24

PACIENTE: PAULO RICARDO DOS SANTOS SILVA			
REGISTRO: 100735	IDADE:[Status]	DATA ADMISSÃO: 19/12/2017	DATA ALTA: 05/01/2018

5) Diagnósticos Definidos:

FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA COM LESÃO GRAVE DE PARTES MOLES

6) Conduta/ Procedimentos Realizados:

LIMPEZA CIRÚRGICA + FIXADOR EXTERNO + PLACA E PARAFUSOS NA FÍBULA + ENXERTO

7) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

8) Informações Complementares:

- 1) MANTER MEMBRO ELEVADO DURANTE REPOUSO
- 2) FAZER COM FREQUÊNCIA MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO JOELHO, QUADRIL E TORNOZELO
- 3) DEAMBULAR COM AUXÍLIO DE MULETAS AXILARES (CARGA ZERO SOBRE O MEMBRO OPERADO)
- 4) CURATIVO DIÁRIO EM POSTO DE SAÚDE
- 5) RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E CIRURGIA PLÁSTICA EM 02 SEMANAS

Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X) Data da Consulta: ___/___/2017
 Não ()

RETORNAR PARA AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E CIRURGIA PLÁSTICA

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
 de Santo Agostinho – PE



(81) 3183 0149

**Telefone para marcar consulta de
 retorno ambulatorial no HDH.**



LAUDO MÉDICO

Data do Atendimento: 25.04.18

Nº PRONTUÁRIO: 100735

NOME DO PACIENTE: Franco Ricardo dos Santos

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Fratura segmentar
do 12º arco vertebral

CID: S82.2

OBS.: perda há 45 dias.
Alterações nos exames
radiográficos

Nº DIAS: AFASTAMENTO DO TRABALHO

[Assinatura]
Assinatura do Médico
Carimbo
Bruno Henrique P. de Lira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 15.820/TEC 13.110



LAUDO MÉDICO

Data do Atendimento: 26/6/14

Nº PRONTUÁRIO: 100715

NOME DO PACIENTE: Paulo Mendes de Santos S. Jr

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Fratura segmentar de
T.12. esquerda. Em acompanhamento
ambulatorial.

CID: S92.2

OBS.:

Nº DIAS: _____ () AFASTAMENTO DO TRABALHO


Assinatura do Médico
Carimbo



RECEITUÁRIO

Levar todos

ATESTA que os exames
fais que Paulo Ricardo
dos Santos Silva apresentando
em função da fratura
dos ossos da perna direita
necrose aproximadamente
1 ano após a cirurgia

Logradouro

Dr. Eduardo Akel
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE: 19796
TEOT: 14147

29/01/18

CTD
582





Secretaria de Saúde



PERNAMBUCO GOVERNO DO ESTADO



IMIP HOSPITALAR

Resumo de Alta Hospitalar

no 7-1

PACIENTE: PAULO RICARDO DOS SANTOS SILVA			
REGISTRO: 100735	IDADE: [Status]	DATA ADMISSÃO: 07/03/2018	DATA ALTA: 13/03/2018

5) Diagnósticos Definidos:

FRATURA SEGMENTAR DE TIBIA ESQUERDA

6) Conduta/ Procedimentos Realizados:

osteossintese com placa e parafuso + ENXERTIA DE PELE EM PERNA ESQUERDA

7) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

8) Informações Complementares:

- 1) MANTER MEMBRO ELEVADO DURANTE REPOUSO
- 2) FAZER COM FREQUÊNCIA MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO JOELHO, QUADRIL E TORNOZELO
- 3) DEAMBULAR COM AUXÍLIO DE MULETAS AXILARES (CARGA ZERO NO MEMBRO)
- 4) CURATIVO DIÁRIO EM POSTO DE SAÚDE
- 5) RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 02 SEMANAS
- 6) NÃO PISAR COM MEMBRO OPERADO

EXCELSIOR SEGUROS
02 OUT 2018
SEGURO PRIVAT

Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X)
Não ()

Data da Consulta: 13/03/18

[Gerente]

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

Dra. Mariana S. de Almeida Araújo
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 24413

19/03/18
às 08:00
chegar até 09:

(81) 3183 0149
Telefone para marcar consulta de retorno ambulatorial no HDH.





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: 100735

Atendimento: 410820

Dt. Cad: 19/12/2017

Nome: PAULO RICARDO DOS SANTOS SILVA

Dt. Nasc: 20/6/1987

Mãe: CREUSA MARIA FERREIRA DA SILVA

Bairro: PRAZERES

End.: AVENIDA CAMARA MUNICIPAL DO JABOATÃO DOS GUARARAPES

Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES

Enferm.: BL-1 A

Leito: 645

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

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

- Não
 Sim e há equipamento disponível

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

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

- Não
 Sim e há equipamento disponível

O paciente tem alguma alergia?

- Não
 Sim _____

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 *Faco Tiroide*
- 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





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: 100735 Atendimento: 410820
Nome: PAULO RICARDO DOS SANTOS SILVA
Mãe: CREUSA MARIA FERREIRA DA SILVA
End.: AVENIDA CAMARA MUNICIPAL DO JABOATAO DOS GUARARAPES
Enferm.: 405 - 04 - LT CMEDICA Leito: 34

Dt. Cad: 19/12/2017
Dt. Nasc: 20/6/1987
Bairro: PRAZERES
Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES
CNS: 706404685322983

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? *Sim*
Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? *± 1h30min*
- Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente? *NÃO*
- 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

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

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

Rufano
Rafaela Henrique
Enfermeira



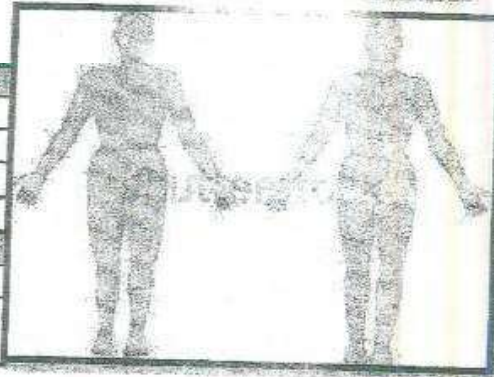
405-4



CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO



Data: 26/12/12 Hora: :



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome:	<u>Paulo Ricardo dos Santos</u>
Data de Nascimento:	<u>20/08/84</u>
Registro:	<u>100135</u>
Setor:	<u>DR</u>
Leito:	<u>405-4</u>

SINAIS VITAIS		
PA:	<u>130 x 80</u>	T: <u>36</u>
HGT:	<u>170</u>	
Observação:		

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

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

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

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE			
JEIUM:	SIM () NÃO ()	À partir do dia: <u>27/12/12</u> às <u>20h</u>	Observação: _____
HIGIENIZAÇÃO:	SIM (<input checked="" type="checkbox"/>) NÃO ()	Observação: _____	
TRICOTOMIA:	SIM () NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)	Observação: _____	
RETRADO ADORNOS:	SIM (<input checked="" type="checkbox"/>) NÃO ()	RETRADO PRÓTESE DENTÁRIA: SIM () NÃO ()	
CIRURGIAS ANTERIORES:	SIM (<input checked="" type="checkbox"/>)	Quais/Datas: <u>varicela e</u>	
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE:	SIM (<input checked="" type="checkbox"/>)	Quais/Datas: <u>plastia e</u>	
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:	SIM ()	Observação: _____	LATERALIDADE DEMARCADA: SIM () NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)

Enfermeiro Responsável: [Assinatura]
(Assinar e Carimbar)



0360390/18



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 022ª CIRCUNSCRIÇÃO - PIEDADE -
DP22ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º **18E0112003341**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/09/2018** às
13:18

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **19/12/2017** às **17:35**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA COPACABANA, 1, ATUAL AV.
AYRTON SENNA** - Bairro: **PIEIDADE - JABOATÃO DOS
GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **FARMACIA
PAGUE MENOS**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
PAULO RICARDO DOS SANTOS SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): **PAULO RICARDO DOS SANTOS SILVA**

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

PAULO RICARDO DOS SANTOS SILVA (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: **GREUSA MARIA FERREIRA DA SILVA** Pai: **MIGUEL ANTONIO DOS
SANTOS SILVA** Data de Nascimento: **29/6/1987** Naturalidade: **JABOATÃO DOS GUARARAPES
/ PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7325333/SDS/PE (RG), 07199432458 (CPF)** Estado
Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Telefones Celulares:
986124281

Endereço Residencial: **RUA VERA CRUZ, 10, CASA - CEP: 55069-800 - Bairro: PIEIDADE -
JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL, SUPERMERCADO TODO DIA**

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

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

VEÍCULO-01 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PAULO RICARDO DOS SANTOS**



SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): **PAULO RICARDO DOS SANTOS SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KGZ9834 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2011**
Descrição: **MODELO FAZER YS250**

VEICULO-02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em
posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/FIAT/FIAT PALIO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **CINZA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE NO DIA 19/12/2017 PILOTAVA A SUA MOTO YAMAHA/FAZER YS250 PLACA KGZ 9834 PELA AV. COPACABANA(ATUAL AV. AYRTON SENNA DA SILVA) QUANDO PRÓXIMO A FARMACIA PAGUE MENOS UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO DE MARCA FIAT/PALIO DIGIDO POR UM SR. NÃO IDENTIFICADO QUE SE APRESENTOU COMO LAERCIO TRANCOU A VITIMA OCASIONANDO A COLISÃO NA LATERAL DIREITA DO CARRO, FAZENDO COM QUE A VÍTIMA FOSSE PROJETADA POR CIMA DO CARRO SOPRENDO FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA E FÍBULA COM PERCA DE MASSA MOLE DA PERNA ESQUERDA, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA. SALIENTA A VÍTIMA QUE O SR. LAERCIO SAIU DO LOCAL DO ACIDENTE VOLTANDO POSTERIORMENTE. PELO EXPOSTO COMUNICA O FATO A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA.

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

Paulo Ricardo dos Santos Silva
PAULO RICARDO DOS SANTOS SILVA
(VITIMA)

Franklin Tadeu Mariz de Silva

B.O. registrado por: **FRANKLIN TADEU MARIZ DE SILVA** Matrícula: 148795-1





(1)

 Buscar no site

[A COMPANHIA](#)
[SEGURO DPVAT](#)
[PONTOS DE ATENDIMENTO \(/Pontos-de-Atendimento\)](#)
[CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS](#)
[SALA DE IMPRENSA](#)
[TRABALHE CONOSCO](#)
[CONTATO](#)

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para a Seguradora Líder. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180458564 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA PAULO RICARDO DOS SANTOS SILVA

COBERTURA Invalidez

PUNTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

BENEFICIÁRIO PAULO RICARDO DOS SANTOS SILVA

CPF/CNPJ: 07199432488

Posição em 05-11-2018 15:11:36

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
29/10/2018	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
04/10/2018	Aviso de Sinistro	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/+hiCJufIzD9j__OnjC816lw==/api_key=__luhtGICJ26TECEJk5kzx9fVKyjfakvX9zWpZqEz__WY=
04/10/2018	Exigência Documental	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/CL032XAwL3TEMlxqcQdtn/api_key=__luhtGICJ26TECEJk5kzx9fVKyjfakvX9zWpZqEz__WY=

ACESSIBILIDADE

(/Pages/Acessibilidade.aspx)
 (/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)