

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: CARLOS EDUARDO FERREIRA BARBOSA, brasileiro, solteiro, portador da cédula de identidade - RG nº 5.688.990 SDS/PE, inscrito no CPF/MF sob o nº 044.771.794-48, residente e domiciliado na Rua Nossa Senhora do Desterro, 275, Guadalajara, Paudalho-PE, CEP: 55.825-000.

OUTORGADOS: JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA e ISMAR TIBURTINO DOS SANTOS, brasileiros, casados, advogados, inscritos na OAB/PE sob os nºs 40.200 e 29.455, respectivamente e DINARA GUIMARÃES DA SILVA, brasileira, solteira, inscritos na OAB/PE sob os nºs 14.650, todos com endereço profissional sito na Rua Matias de Albuquerque, nº 223, Sala 804, Edf. Bancomércio, Santo Antônio, Recife/PE, CEP: 50010-090. Email: carvasouza.assessoria@gmail.com.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o(a)s outorgante(s) acima qualificado(s), nomeia(m) e constitui(em) como seu(s) bastante(s) procurador(a)(s) e advogado(a)(s), o(a)s outorgado(a)(s) também qualificado(a)(s), para representá-lo(a)(s) no que diz respeito a atos processuais em qualquer juízo, instância ou tribunal, com poderes da cláusula "ad judicium et extra" para o fórum em geral, mais os poderes especiais, podendo para tanto acordar, desistir, transigir, receber e dar quitação, receber alvará, firmar compromissos, tomar ciência de despachos e notificações, propor recurso ou desistir deles, declarar o estado de pobreza do outorgante, dentre outros previstos em lei enfim, praticar todos os atos necessários e em lei admitidos, e tudo o mais que se fizer necessário ao desempenho satisfatório do seu mandato, referente a procedimentos processuais, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de poderes.

Também através do presente Instrumento Particular de Contrato de Honorários Advocatórios, vêm, o (a) contratante, pactuar o valor dos honorários profissionais em **30% (trinta por cento) do valor BRUTO** e devidamente atualizado da Condenação, quer em caso de conciliação, quer em caso de execução, os quais serão destinados ao Bacharel: **Josimar Carvalho de Souza (OAB/PE 40.200-D)**.

O (A) Contratante autoriza, desde já, a retenção do percentual pactuado quando da liberação do crédito a que porventura venha a ter direito nos presentes autos. Assim, estando justos e contratados, assinam o presente em duas vias de igual teor e valor, elegendo o foro de Recife para dirimirem possíveis dúvidas ou omissões, por mais privilegiado que outros o sejam.

Recife-PE, 30 de abril de 2019.

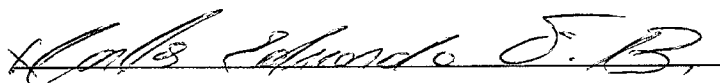

OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

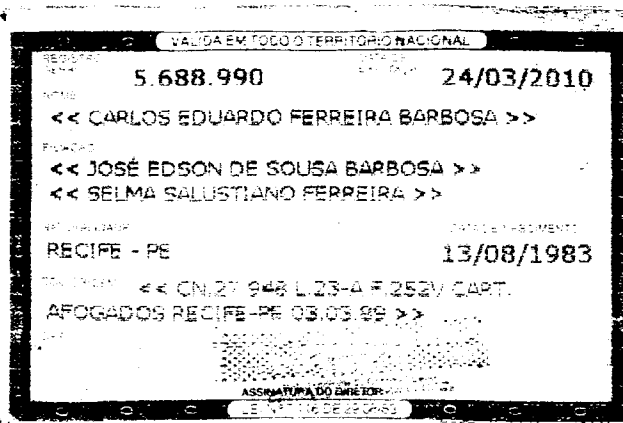
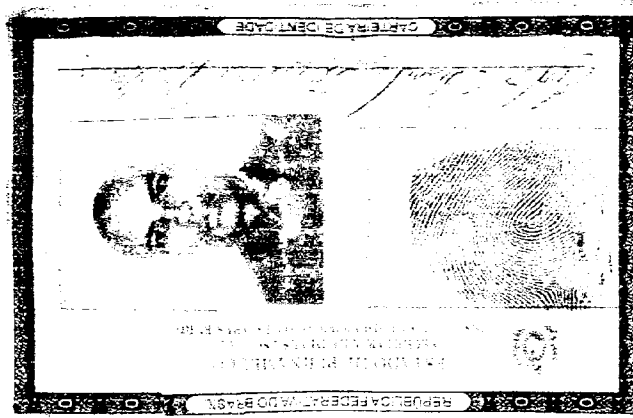
Declaro para os devidos fins, que sou pobre na forma da lei, encontrando-me em situação econômica que não me permite demandar em juízo sem prejuízo do meu próprio sustento e da minha família, enquadrando-me nas condições estabelecidas no artigo 98 e 99 § 4º da Lei 13.105/2015 (NCPC), requerendo assim, os benefícios da assistência judiciária gratuita aos necessitados.

Recife-PE, 30 de abril de 2019.



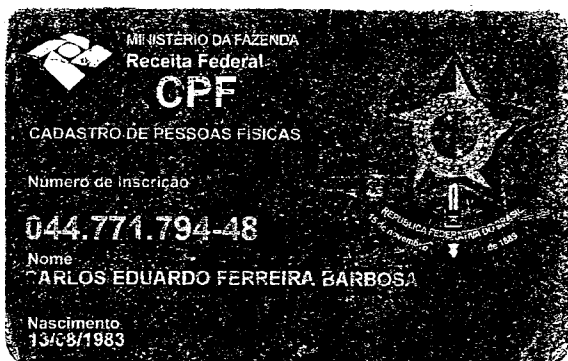
Declarante






ARIANA SEGURADORA
22 JAN 2016





ARUANA SEGURODORA
22 JAN 2015



NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA																																																																															
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50050-902 CNPJ 10.835.932/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93 www.celpe.com.br		 CELPE www.celpe.com.br																																																																													
Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02 COMERCIAL 116 PRONTIDÃO 116 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142 Ouvidoria 0800 282 5599 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis																																																																															
DADOS DO CLIENTE IVANICE MARIA DA SILVA CPF: 649.551.174-49		DATA DE VENCIMENTO 01/04/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 19/03/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 19/03/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 054573726																																																																												
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA N SA DO DESTERRO 275 IVANICE MARIA DA SILVA GUADALAJARA/BELA VISTA 55825-000 PAUDALHO PE		CONTA CONTRATO 004006762153 Nº DO CLIENTE 2002522597 Nº DA INSTALAÇÃO 0002270513																																																																													
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico RESERVADO AO FISCO 1705.5FD8.A2A8.7D57.4958.E9C0.FC6E.C3A4																																																																													
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL																																																																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>QUANTIDADE</th> <th>PREÇO</th> <th>VALOR (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo Ativo(kWh)</td> <td>30,00</td> <td>0,55302725</td> <td>16,59</td> </tr> <tr> <td>PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-8960 0800 031 8989</td> <td></td> <td></td> <td>0,98</td> </tr> <tr> <td>Compensação DMIC 01/19</td> <td></td> <td></td> <td>0,04-</td> </tr> <tr> <td>TOTAL DA FATURA</td> <td></td> <td></td> <td>17,53</td> </tr> </tbody> </table>		DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	Consumo Ativo(kWh)	30,00	0,55302725	16,59	PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-8960 0800 031 8989			0,98	Compensação DMIC 01/19			0,04-	TOTAL DA FATURA			17,53	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Tarifas Aplicadas</th> <th colspan="2">HISTÓRICO DO CONSUMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo Ativo(kWh)</td> <td>0,52156000</td> <td>MAR 19</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>FEV 19</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>JAN 19</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>DEZ 18</td> <td>37</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>NOV 18</td> <td>83</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>OUT 18</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>SET 18</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>AGO 18</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>JUL 18</td> <td>39</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>JUN 18</td> <td>34</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>MAI 18</td> <td>34</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>ABR 18</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>MAR 18</td> <td>30</td> </tr> </tbody> </table>		Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO		Consumo Ativo(kWh)	0,52156000	MAR 19	30			FEV 19	30			JAN 19	30			DEZ 18	37			NOV 18	83			OUT 18	30			SET 18	30			AGO 18	30			JUL 18	39			JUN 18	34			MAI 18	34			ABR 18	30			MAR 18	30
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)																																																																												
Consumo Ativo(kWh)	30,00	0,55302725	16,59																																																																												
PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-8960 0800 031 8989			0,98																																																																												
Compensação DMIC 01/19			0,04-																																																																												
TOTAL DA FATURA			17,53																																																																												
Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO																																																																													
Consumo Ativo(kWh)	0,52156000	MAR 19	30																																																																												
		FEV 19	30																																																																												
		JAN 19	30																																																																												
		DEZ 18	37																																																																												
		NOV 18	83																																																																												
		OUT 18	30																																																																												
		SET 18	30																																																																												
		AGO 18	30																																																																												
		JUL 18	39																																																																												
		JUN 18	34																																																																												
		MAI 18	34																																																																												
		ABR 18	30																																																																												
		MAR 18	30																																																																												
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS																																																																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">ICMS</th> <th colspan="2">PIS</th> <th colspan="2">COFINS</th> </tr> <tr> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0,00</td> <td></td> <td>0,00</td> <td>16,59</td> <td>1,01</td> <td>0,16</td> </tr> </tbody> </table>		ICMS		PIS		COFINS		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	0,00		0,00	16,59	1,01	0,16	<table border="1"> <thead> <tr> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>16,59</td> <td>4,68</td> <td>0,77</td> </tr> </tbody> </table>		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	16,59	4,68	0,77																																																				
ICMS		PIS		COFINS																																																																											
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO																																																																										
0,00		0,00	16,59	1,01	0,16																																																																										
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO																																																																													
16,59	4,68	0,77																																																																													
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL		DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES																																																																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">NÚMERO DO MEDIDOR</th> <th rowspan="2">TIPO DA FUNÇÃO</th> <th colspan="2">ANTERIOR</th> <th colspan="2">ATUAL</th> <th rowspan="2">Nº DIAS</th> <th rowspan="2">CONSTANTE</th> <th rowspan="2">AJUSTE</th> <th rowspan="2">CONSUMO kWh</th> </tr> <tr> <th>DATA</th> <th>LEITURA</th> <th>DATA</th> <th>LEITURA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>000000000660108530</td> <td>CAT</td> <td>15/02/2019</td> <td>10.539,00</td> <td>19/03/2019</td> <td>10.568,00</td> <td>32</td> <td>1,00000</td> <td>0,00</td> <td>29,00</td> </tr> </tbody> </table>		NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	000000000660108530	CAT	15/02/2019	10.539,00	19/03/2019	10.568,00	32	1,00000	0,00	29,00	<table border="1"> <thead> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>CONJUNTO</th> <th>VALOR APURADO</th> <th>META MENSAL</th> <th>META TRIM.</th> <th>META ANUAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="6">jan/2019</td> </tr> <tr> <td>DC-No.de horas sem Energia</td> <td>PAUDALHO</td> <td>5,55</td> <td>5,55</td> <td>11,10</td> <td>22,21</td> </tr> <tr> <td>FC-No.de vezes sem Energia</td> <td></td> <td>2,00</td> <td>3,36</td> <td>6,72</td> <td>13,45</td> </tr> <tr> <td>DMIC-Duração máxima de interrupção continua</td> <td></td> <td>3,45</td> <td>3,20</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>DICRI-Duração de interrupção em dia crítico</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Limite DCR: 12,22</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL	jan/2019						DC-No.de horas sem Energia	PAUDALHO	5,55	5,55	11,10	22,21	FC-No.de vezes sem Energia		2,00	3,36	6,72	13,45	DMIC-Duração máxima de interrupção continua		3,45	3,20	0,00	0,00	DICRI-Duração de interrupção em dia crítico				Limite DCR: 12,22																	
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO			ANTERIOR		ATUAL						Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh																																																																
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA																																																																										
000000000660108530	CAT	15/02/2019	10.539,00	19/03/2019	10.568,00	32	1,00000	0,00	29,00																																																																						
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL																																																																										
jan/2019																																																																															
DC-No.de horas sem Energia	PAUDALHO	5,55	5,55	11,10	22,21																																																																										
FC-No.de vezes sem Energia		2,00	3,36	6,72	13,45																																																																										
DMIC-Duração máxima de interrupção continua		3,45	3,20	0,00	0,00																																																																										
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico				Limite DCR: 12,22																																																																											
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 16/04/2019		EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 8,25 Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.																																																																													
INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você! palacio das variedades n rua s: rua senador pinheiro ramos 354 centro / polimark comunicação assessor: r genuino silva 46 centro Lista completa em www.celpe.com.br. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês Isenção do ICMS conforme Art.9, XLVIII, a, 2.1. do RICMS-PE. O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.		NÍVEIS DE TENSÃO																																																																													
		<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>220</td> <td>202</td> <td>231</td> </tr> </tbody> </table>		TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231																																																																				
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)																																																																														
	MÍNIMO	MÁXIMO																																																																													
220	202	231																																																																													
		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA																																																																													

DESTAQUE AQUI



CONTA CONTRATO 004006762153	MÊS/ANO 03/2019	TOTAL A PAGAR(R\$) 0,00	VENCIMENTO 01/04/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
FATURA PAGA	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			



ARUANA SEGUROS
 ORIGINAIS APENSO AO ASL
 Nº ASL: 0025124/18
 ANALISTA DE SINISTRO DPVAT
 RUBRICA: [assinatura]



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 047ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAUDALHO -
DP47ªCIRC DINTER1M1ªDESEC

BOLETIM DE OCORRENCIA Nº 19E0137000091

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/01/2019** às **17:06**

Complementa o BO Número **19E0137000089**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
 que aconteceu no dia **16/10/2018** às **22:00**

Local da ocorrência: **MUNICÍPIO DE SAO LOURENCO DA MATA, 1, BR 408 - Rodovia CENTRO - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Tipo da ocorrência: **TIP**
 Local: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo Masculino
FABIO JUNIOR SOARES DA SILVA (condutor)
CARLOS EDUARDO FERREIRA BARBOSA (VÍTIMA)
ELISANGELA MARIA FERREIRA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência

1 VEÍCULO (consumado na geração da ocorrência), que estava em posse de (a) (s) (a) CARLOS EDUARDO FERREIRA BARBOSA

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

CARLOS EDUARDO FERREIRA BARBOSA (presente no plantão) - Sexo Masculino Mãe: **SELMA SALUSTIANO FERREIRA** Pai: **JOSE EDSON DE SOUSA BARBOSA** Data de Nascimento: **11/8/1983** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Endereço Residencial: **RUA DESTERRO, 278 - CEP: 8 - Bairro: QUADALAJARA - PAUDALHO/PERNAMBUCO/BRASIL, PADARIA DE NETO**

ELISANGELA MARIA FERREIRA (presente no plantão) - Sexo Feminino Mãe: **IVANICE MARIA DA SILVA** Pai: **ERONILDO HENRIQUE FERREIRA** Data de Nascimento: **23/6/1991** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Endereço Residencial: **RUA DESTERRO, 278 - CEP: 8 - Bairro: QUADALAJARA - PAUDALHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo Desconhecido Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

FABIO JUNIOR SOARES DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo Masculino Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**



ARUANA SEGUROS
ORIGINALS APENSO AO ASL
Nº 00252M19
ANALISTA DE SINISTRO DPVAT
RUBRICA: Araruama

1 de 2

1000/2012/17/03

Boletim de Ocorrência

Boletim de Ocorrência - Departamento de Polícia Civil - Araruama

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade de(a): Sr(a): **FABIO JUNIOR SOARES DA SILVA**, que estava em posse de(a) Sr(a): **CARLOS EDUARDO FERREIRA BARBOSA**
Categoria/Marca/Modelo **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN KS** Objeto apreendido **Não**
Cor **PRETA** - Quantidade **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa **KMK0110** (PERNAMBUCO) (NÃO INFORMADO) Renavam **802978086** Classe **6C2KC03107R0003SS**
Ano Fabricação/Modelo **2006/2006**

Complemento / Observação

SR CARLOS PILOTAVA A MOTO NA ROVÓVIA FEDERAL PRÓXIMO AO TIP, COM A SRA ELISANGELA NA CARUPA, QUANDO UM CACHORRO SE COLOCOU EM FRENTE A MOTOCICLETA E O CONDUTOR VEIO A PERDER O CONTROLE E CAIU. SR CARLOS SOFREU FRATURA NO CALCANHAR ESQUERDO E A SRA ELISANGELA TEVE FRATURA EM TRÊS DEDOS DO PÉ ESQUERDO. DEVIDO AO DIFÍCIL A DIFICULDADE DE CONDUÇÃO, AS VÍTIMAS FORAM SOCORRIDAS POR PARENTES PARA UPB DE SÃO LOURENÇO DA MATA NA MANHÃ DO DIA SEGUINTE DIA 16.10.2018.

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

Carlos Eduardo Ferreira Barbosa
CARLOS EDUARDO FERREIRA BARBOSA
(VITIMA)
Elisângela Maria Ferreira
ELISANGELA MARIA FERREIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: Jose Ricardo Ramos de Andrade Matrícula **319717-4**





FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 4602379

Data e Hora do Atendimento: 18/05/2019 12:25

Usuário do Atendimento: LIZIAHOMI

Convênio: 000 - INTERVIA - 00000000000000000000

Nome do Paciente: CARLOS EDUARDO FERREIRA BARBOSA

Prontuário: 110108

Nome da Mãe: SELMA SALUSTIANO FERREIRA

Nome do Pai: MARCOS FERREIRA SOUSA E SILVA

Data do Nascimento: 10/04/1980

Idade: 39 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG: 5086690

SUS: 00 Data Emissão: 18/05/2019

CPF:

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

E escolaridade: MEDIO SUPLENTE COMPLETO

Carteira Nacional SUS: 707406074155108

Ocupação Habitual: MOTORCICLISTA

Endereço: AVENIDA FERNANDES VIEIRA

CID: 300 MARCOS FERREIRA

Cidade: APODIADO DOS GUARARAPES

UF: CE CEP: 04300000

Fone:

DADOS DO ATENDIMENTO

Diagnóstico: LERANINIA ESPONTANEA

Médico: LADIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 117726

Especialidade: ORTODONTIA E TRAUMATOLOGIA

Apresentação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 10

TERMO DE RESPONSABILIDADE

A seguinte internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA em atendimento de emergência, sob o convênio nº 000, foi realizada em virtude de emergência médica de caráter urgente, sendo necessário o atendimento imediato do paciente em caráter de emergência, que se faziam necessários os procedimentos citados, sob a supervisão do Dr. Edilmar de Araújo.

Cabe de Santo Agostinho: 18/05/2018

Assinatura e R.G. do Responsável

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta

Diagnóstico

Procedimento

Alta em

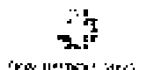
Hora

Médico e R.G.

Responsável pela retirada do paciente - Nome

Assinatura e R.G.





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 463014

Senha de Classificação:

0022

Data e Hora: 16/05/2016 11:19

Paciente: 115105 CARLOS EDUARDO FERREIRA BARBOSA Sexo: MASCULINO
 Data do Nascimento: 10/05/1983 Idade: 35 anos Convênio: 2 SUS/SIA AMBULATÓRIO
 Nome da Mãe: SELMA VALLESTIANO FERREIRA Nome do Pai: JOSE EDSON LEAL SOUSA BARBOSA
 Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: FERNANDO MENDES DE CARVALHO CRM: 14984
 Endereço: AVENIDA FERNANDES VIDAL -- 103 Bairro: MARCOS FREIRE
 Cidade/UF: JABOATÃO DOS GUARARAPES PE Usuário Atendimento: SANDRAGA
 RG (Identidade): 5888997 505 PE Data de Emissão: 24/03/2010
 CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone:
 Cartão SUS: 701405074155176 Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Pressão: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal:

Febre, tosse, dor de garganta

Sinais Físicos:

TC e cultura

Hipótese Diagnóstica:

Infecção da cavidade

Conduta Terapêutica:

TC e cultura

Prescrição Médica:

Amox 500

Controle Médico:


EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE: _____
LEITO DO PACIENTE: _____



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resultado da Classificação de Risco - Protocolo 19053112250823000000045323606 CLASSIFICAÇÃO FEDE MF
Data e Hora Retirada de senha: 18/10/2018 10:55

	Nome Paciente: DANA GUIMARAES DA SILVA CAMARAO Cod. Paciente: 10081963 Data de Nascimento: 10/08/1963 Sexo: Masculino Idade: 55 Senha: 6009 Convênio: - Atendimento: SAME
---	--

Período: 18/10/2018 11:05 - 18/10/2018 11:09

IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Atividade:	NAO URGENTE-VERDE
Cor:	NAO URGENTE-VERDE VERDE
Queixa Principal:	PETILEO POR DEMANDA ESPONTANEA COM RELATO DE 2003 MF TSO COM PRESENCIA DE EDEMA APOS QUEDA DE MOTO HA 3 DIAS
Observação:	NUNCA HAE DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA
Exatidão sintoma:	TRAUMA
Discriminações:	DOR LLVI (10/10) EVENTO TRAUMA HA MAIS DE 6 H
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Atividade de Des:	PACIENTE DE MMHI PACIENTE DE MMHI

Atividade de IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 18/10/2018 11:09

Atividade de IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356

Página 1 de 1





EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Adriana Guimaraes F. B. Registro: 110706

Clinica: 23000 Enfermaria: 1 Leito: 1

Data/Hora	
30/05/19	H. O. 10h30
30/05/19	Paciente em estado de alerta, bem-estar geral satisfatório.
30/05/19	Sinais vitais: TA 120/80, FC 70, FR 18, SaO2 98%.
30/05/19	Exame físico: sem alterações significativas.
30/05/19	Exames laboratoriais: Hemograma, perfil lipídico e glicêmico dentro dos limites.
30/05/19	Medicamentos: conforme prescrição médica.
30/05/19	Cuidados de enfermagem: higiene pessoal, hidratação adequada.
30/05/19	Educação em saúde: orientada sobre a importância da medicação.
30/05/19	Evolução satisfatória, paciente em boas condições.
30/05/19	Plano de cuidados de enfermagem atualizado.
30/05/19	Assinatura: <i>[Assinatura]</i>
30/05/19	Assinatura: <i>[Assinatura]</i>
30/05/19	Assinatura: <i>[Assinatura]</i>
30/05/19	Assinatura: <i>[Assinatura]</i>
30/05/19	Assinatura: <i>[Assinatura]</i>
30/05/19	Assinatura: <i>[Assinatura]</i>
30/05/19	Assinatura: <i>[Assinatura]</i>
30/05/19	Assinatura: <i>[Assinatura]</i>
30/05/19	Assinatura: <i>[Assinatura]</i>

HOM Hospital Dom Helder Camargo
Viviana Cristina A. Galdino
Assistente Social
CRESSIPS 961E



Exatidão: _____

Exatidão: 100% em 10/10

Antecedentes Pessoais: _____

Exatidão: 100% em 10/10

Medicações em Uso: _____

Antecedentes Familiares: _____

Hipótese Diagnóstica Principal: _____

Hipóteses Diagnósticas Secundárias: _____

Plano Terapêutico: _____

Cabo de Santo Agostinho, 31/05/2019

Assinatura e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SESA/PE
Hospital Metropolitano Gu - Dom. Hélder Câmara
Rodovia BR 101, S/N, KM 09, CEP 54.510-001
Cabo de Santo Agostinho - PE





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



SISTEMA
IMIP
HOSPITAL AR

1. Identificação

Leito da SPO: 03

Nome: Dina Guimaraes da Silva Guimaraes Paulo Cesar
 data: 19/05/18 Hora: 17:15 Registro: 1310018
 Tipo de origem: _____
 Procedimento principal: _____

Unidade: Unidade FIC - Radiologia 219
 Tipo de anestesia: Sedação
 Equipe: Colunista Intes Artroscopia Dr. Paulo Cesar
 2. Admissão

Estado geral: Bom (Regido) (Temporário) (Grave)
 Assistência: Pré-operatória (Assistência Pré-operatória) (Post-operatória) (Início de internamento)
 Anestesia: Sedação (Não) (Sim) (Outro) _____
 Assistência anestésica: Não (Sim) (Outro) _____
 Internamento: Sim (Não) (Outro) _____
 Níveis vitais: PA 120/65 IMMBE: FR 18 Saturação FC: 110 (pulsos) SaPO2: 95
 Glasgow: _____
 3. Monitorização:

SSVV/	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
Horário:	13:40	14:15	14:45	15:15	15:45	16:15
PA	120/65	120/65	120/65	120/65	120/65	120/65
FR	18	18	18	18	18	18
FC	110	110	110	110	110	110
SaPO2	95	95	95	95	95	95
Glasgow						

4. Atividade SPO:

Atividade PA: _____ FC: _____ FR: _____ Saturação: _____
 Observações: _____
 Assinatura: _____
 Nome: _____
 Função: _____
 Assinatura Médica: _____
 Nome: _____
 Função: _____



IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome Luiz Carlos de Almeida Data 31/05/2019 Registro 403306
 Convênio: UNICAMP Lado: _____ Hora: 11:30

2. Equipe médica.

Cirurgião: Luiz Carlos de Almeida Auxiliar: _____
 Anestesiologista: _____ Instrumentador: _____
 Circulante: _____

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR



MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

PACIENTE: <u>Luís Eduardo de Oliveira Martins</u>		DATA: <u>11/05</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Paulo</u>	AUXILIAR:	RG: <u>11100</u>
ANESTESISTA: <u>Dr. Paulo</u>	ANESTESIA: <u>Alvear</u>	
CIRURGIA: <u>Prost. de Testículo B. - Ab. Esquerda (Ligamento)</u>	COORDENAÇÃO DO BLOCO: <u>Reitor</u>	
ESTRUMENTADOR: <u>Reitor</u>	COEF.:	
CIRCULANTE: <u>Paulo</u>	HORÁRIO INICIAL: <u>07:00</u>	HORÁRIO FINAL: <u>14:15</u>
ENFERMEIRA: <u>Reitor</u>		

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
ADULNAS			
25x4,5	25x7	25x8	40x7
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	HAQI. 25	3500EV
ATADURAS			
CREPE 15CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
DESSEADA 15CM	DESSEADA 15CM	DESSEADA 20CM	
CANULAS			
TRAQUEOST. 10	TRAQUEOST. 15	TRAQUEOST. 20	TRAQUEOST. 25
TRAQUEOST. 30			
CATETER			
AXILAR	CENTRAL PVC	FEMORAL 16	SUBCLAVIA 16
PERIFERICAL 17	PERIF. 18	PERIF. 19	PERIF. 20
PERIF. 21	PERIF. 22	PERIF. 24	
CLIPADORES			
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400
CURATIVOS			
AGARIC	KRIFIX	ADH. 05	TELMARILY
EOLMPOS			
BOMBA	BOMBA FOTO	FISSURA	FISSORA MACRO
EXTENSORES			
20CM	40CM	60CM	120CM
LAMINAS			
BISTURI 1	BISTURI 2	BISTURI 3	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
10ML	20ML	30ML CATETER	
AVENTAL CIRURJ	ESCOLIOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA D'ALDEG
CONEX. ABRYS	CONEX. FECHADO	CONEX. 2VIAS	CONEX. 3VIAS
ELETRODOS	ALTA TENSÃO	SAFES	TRAMPAN
ALGODÃO	CATETE	TRABALHA	PRESENA URINA
ALGODÃO	ALGODÃO	ALGODÃO	FRASE PRESSAO

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
DRENOS			
KHER 6	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCCAO 3,7	SUCCAO 4,6	SUCCAO 6,4
BLAKER 13FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36
BOMBAS			
ENTERAL 12	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 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20
FOLEY 2VIAS 22	FOLEY 2VIAS 24	FOLEY 2VIAS 26	FOLEY 2VIAS 28
FOLEY 2VIAS 30	FOLEY 2VIAS 32	FOLEY 2VIAS 34	FOLEY 2VIAS 36
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 2	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDIACA
CRIMADO 00	CRIMADO 1	CRIMADO 2-0	CRIMADO 3-0
CRIMADO 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 0-0	NYLON 9-0
NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 3	PROLENE 2
PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
VICRYL 1	VICRYL 2	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4	CLAMP GROSSO	MARCAPAESC	VALVERT
MONOCRYL	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGICEL 3-0	ACD	ACD 2	ACD 3





HOSPITAL DOM HELIER - RJ - AP - C

Unidade: Unidade de Cirurgias
UF: RJ
RUA: RUA DOM HELIER, 1000

Unidade: Unidade de Cirurgias
UF: RJ
RUA: RUA DOM HELIER, 1000

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

Paciente: **FELDO MARTINIANO FERNANDES**

Registro: 10160

Atendimento: 48304

Unidade: 5160018

Nome: **CARLOS EDUARDO FERREIRA BARBOSA**

Idade: 30 ANOS

Nome: **MARINA SAUSTIANO FERREIRA**

Nome: **MARCOS FREIRE**

Nome: **ANDRÉIA FERREIRA SILVA**

Unidade: **JARDIM DOS GUARANIAS**

Unidade: 10101

Unidade: 483

CNO: 1094600410018

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

- Site 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 suas funções e práticas
- A circulação anestésica e a enfermagem estão devidamente uniformadas
 - identificação do paciente
 - local da cirurgia a ser feita
 - procedimento a ser realizado

O antídoto profilático foi dado nos últimos 50 minutos?

- Sim
- Não se aplica

- Antecipação de eventos críticos:
 - Revisão do diagnóstico: Há casos críticos na cirurgia?
 - Qual sua duração esperada? Há possíveis perdas sanguíneas?

EXAMES DE IMAGEM estão disponíveis?

- Sim
- Não se aplica

- Revisão de anestesia em relação a alguma preocupação em relação ao paciente?

- Revisão da enfermagem: Trouxe com ela a esterilização do instrumental e frotado?

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe.

- Nome do procedimento realizado: *angioplastia de artéria coronária*

- A contagem de compressas, instrumentos e materiais está correta (ou não se aplica)?

- Róspas estão identificadas com o nome do paciente

- Existe algum problema com equipamentos ou devem ser resolvidos

- O cirurgião e anestesiologista e enfermeiro e o auxiliar de enfermagem assinam o checklist na presença dos demais membros da equipe de cirúrgia



12023-040

HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
MVDN 3 - Sistema de Gestão Integrado Operacional
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página: 1
Data: 31/05/2019
Hora: 12:25

Ficha de Cirurgia Descritiva

Unidade Cirúrgica	66224	Sala	0003	SALA 03	Atendimento	463004
Paciente	11106	CARLOS EDUARDO FERREIRA BARBOSA			Cirurgião	
Convênio/Plano	1	SUS - INTERNADO			idade	48 Anos
Unidade	648	BI 4 C				
DI Início	12/10/2018 09:30	DI Fim		15/05/2019 11:00		
Unidade Operatório	5820	FRATURA DO CALCÂNEO				
Unidade Pós-operatório	5820	FRATURA DO CALCÂNEO				

Procedimentos

Procedimento	0408050535	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO CALCÂNEO (PRINCIPAL)
Convênio	001	SUS - INTERNADO
Anestesia	25	TUOQUANESTESIA + SEDACAO

Equipe Cirúrgica

COORDEADOR	15320	BRUNO HENRIQUE PINES DE LIMA
ANESTESISTA	3610	TEREZA CRISTINA DA SILVA

Descrição

Descrição Cirúrgica:

1. PACIENTE EM DIÓXIASE ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISEPSIA
3. POSICIONAMENTO DE CAMPOS ESTERIS
4. EXPLORAÇÃO DO CALCANHEO POR INCISÃO LATERAL DO CALCANHEO DESCRITO EM
5. REDUÇÃO DA FRATURA POR INCISÃO
6. EXPLORAÇÃO DA FRATURA INTRA-ARTICULAR DO CALCÂNEO ESTABELECIDO COM AFUNDAMENTO DO PROCESSO
7. DA SUPLENÇÃO ARTICULAR DA FACETA POSTERIOR E VERIFICAÇÃO DA REDUÇÃO TRANSVERSAL DO PROCESSO
8. SUPERIOR ACOMETENDO A ARTICULAÇÃO CALCÂNEOCUBÓIDEA
9. REDUÇÃO E FIXAÇÃO DOS FRAGMENTOS DA FRATURA
10. FIXAÇÃO PROVISÓRIA COM FIOS K
11. DEFINIÇÃO DA FRATURA DO PROCESSO ANTERIOR COM REDUÇÃO ANATÔMICA DA ARTICULAÇÃO
12. CALCÂNEOCUBÓIDEA E FIXAÇÃO COM UM PARAFUSO MALLIGAR. COLOCAÇÃO DE PLACA ANATÔMICA DO CALCÂNEO
13. REDUÇÃO COM PARAFUSOS VERTICAIS A BOM REDUÇÃO DA FRATURA E BOM POSICIONAMENTO DOS IMPLANTES SOB ESCÓPIA
14. LAVAGEM COM SF 600
15. SUTURA PIR FUNDOS COM VICRYL E NYLON COM INSTALAÇÃO DE DRENAGEM DEVEIC
16. CURATIVA
17. DEBATE E CURATIVA
18. BOM CONTROLE

Assinatura Cirúrgica

Descrição Complementar

BRUNO HENRIQUE PINES DE LIMA
 Médico Cirurgião
 CRM 15320

TEREZA CRISTINA DA SILVA
 Anestesiologista
 CRM 3610



4602-04

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 38334	Sala : 0003	SALA 03	Atendimento : 463054
Paciente : 110106	CARLOS EDUARDO FERREIRA BARBOSA		Carteira :
Convênio Atend. : 1	SUS - INTERNAÇÃO		Idade : 35 Anos
Leito : 648	BL-4 C		
Dt. Início : 19/10/2018 08:30	Dt. Fim : 19/10/2018 11:00		
Cid Pré-Operatório : S920	FRATURA DO CALCÂNEO		
Cid Pós-Operatório : S920	FRATURA DO CALCÂNEO		

Procedimentos:

Procedimento : 0408050535	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO CALCÂNEO (PRINCIPAL)
Convênio : 001	SUS - INTERNAÇÃO
Anestesia : BR	RAQU ANESTESIA + SEDACAO

Equipe Médica

CIRURGIÃO	15820	BRUNO HENRIQUE PIRES DE LIRA
ANESTESIA	8010	TEREZA CRISTINA DA SILVA

Descrição

Descrição Cirúrgica:

1. PACIENTE EM D.D SOB ANESTESIA.
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTERILS.
4. ESVAZIAMENTO E GARROTEAMENTO ESTERIL DO MEMBRO.
5. INCISÃO DE PELE NA FACE LATERAL DO CALCANAR ESQUERDO EM "L"
6. DISSECÇÃO SUBPERIOSTEAL.
7. IDENTIFICAÇÃO FOCO DE FRATURA INTRAARTICULAR DO CALCÂNEO ESQUERDO, COM AFUNDAMENTO DOS FRAGMENTOS DA SUPERFÍCIE ARTICULAR DA FACE LA POSTERIOR E VERIFICADA AINDA FRATURA TRANSVERSA DO PROCESSO ANTERIOR ACOMETENDO A ARTICULAÇÃO CALCÂNEOCUBÓIDEA
8. REDUÇÃO CRUENTA DOS FRAGMENTOS DA FRATURA
9. FIXAÇÃO PROVISÓRIA COM FIOS K.
10. FEITO FIXAÇÃO DEFINITIVA DA FRATURA DO PROCESSO ANTERIOR, COM REDUÇÃO ANATÔMICA DA ARTICULAÇÃO CALCÂNEOCUBÓIDEA, E FIXAÇÃO COM UM PARAFUSO MALEOLAR. COLOCAÇÃO DE PLACA ANATÔMICA DO CALCÂNEO - FIXAÇÃO COM PARAFUSOS. VERIFICADA BOA REDUÇÃO DA FRATURA E BOA POSIÇÃO DOS IMPLANTES SOB ESCÓPIA. LAVAGEM COM SF 0,9%.
11. SUTURA POR PLANOS COM VICRYL E NYLON. COM INSTALAÇÃO DE DRENO ASPIRATIVO 3.2
12. CURATIVO.
13. RETIMADA DO GARROTE.
14. RX CONTROLE.

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

*BRUNO Henrique Pires de Lira
Cirurgião Especialista em Ortopedia e Traumatologia
CRM: 15820*

DR(A) BRUNO HENRIQUE PIRES DE LIRA
CRM: 15820

DR(A) DANIELA GUIMARAES DA SILVA
CRM: 11225





UPA SÃO LOURENÇO - SÃO LOURINHO



Atendimento: 949574

Senha da Classificação:

0075

Data e Hora: 16/10/2019 10:38

Especialidade:

Paciente: 77317 CARLOS EQUARDO FERREIRA BARBOSA Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 13/08/1933 Idade: 35 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: SELMA GALUSTIANO FERREIRA Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA UPA ORTOPEDISTA CRM: 334

Endereço: RUA PRIMEIRO DE MAIO - PAUDALHO 32 Bairro: CENTRO

Cidade/UF: SÃO LOURENÇO DA MATA - PE Cep: 54735000 Usuário Atendimento: ALEXSS

RG (Identidade): 5688990 SDS Data de Emissão: 24/03/2010

CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 81067959

CRN (Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Ass. _____ Altura _____ Temperatura _____ Hora _____

Queixa Principal

Exame Físico

Impressão Diagnóstica

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

Destino: Encaminhado ao Ambulatório Residência

Transferido:

Para _____ Senha _____

Carimbo

Usuário Imagem




UPA 24 HORAS - SAO LOURENCO

Resultado da Classificação de Risco - Protocolo


PRODIGOLD CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 16/10/2018 10:27

	Nome Paciente:	CARLOS EDUARDO FERREIRA BARBOSA
	Cod. Paciente:	
	Data de Nascimento:	13/08/1983
	Sexo:	Masculino
	Idade:	35
	Senha:	0079
	Convênio:	
	Atendimento:	SAME:

Período: 16/10/2018 10:33 - 16/10/2018 10:35

GRACIELLEY MARIA DO MONTE - COREN: 7532 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:	NÃO URGENTE - VERDE
Cor:	 VERDE
Queixa Principal:	REFRE DOR E DEMA NO PE E POS QUEDA DE MOTO
Observação:	ALERGIA: FAS:
Fisiograma sintoma:	TRAUMA
Distúrbios associados:	- CONDIÇÕES E ESCORIAÇÕES
Especialidade:	ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Livres:	- P.A. SISTÓLICA: 150,00 MMHG - P.A. DIASTÓLICA: 100,00 MMHG

Acolhido(a) por: GRACIELLEY MARIA DO MONTE - COREN: 7532 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 16/10/2018 10:35

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Atendimento: 950006

Senha da Classificação:

0099

Data e Hora: 17/10/2018 12:05

Especialidade:

Paciente: 77317 CARLOS EDUARDO FERREIRA BARBOSA Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 13/08/1983 Idade: 36 anos Convenio: 2 SJS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: SELMA SALUSTIANO FERREIRA Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA UPA - ORTOPEDISTA CRM: 390

Endereço: RUA PRIMEIRO DE MAIO - FAUDALHO 33 Bairro: CENTRO

Cidade/UF: SÃO LOURENÇO DA MATA PE Cep: 54735000 Usuário Atendimento: DTB30003

RG (Identidade): 5628360 SPS Data de Emissão: 24/03/2010

CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 81057959

CRN (Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Pressão _____ Altura _____ Temperatura _____ Hora _____

Queixa Principal

dores no pé direito

Exame Físico

em exame físico não há alterações

Hipótese Diagnóstica

trauma de membro inferior direito

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

Paracetamol 500mg 3x1

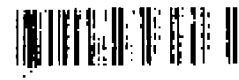
Destino: Encaminhado ao Ambulatório Residência

Transferido:

Sim _____ Senha _____

Carimbo/Médico

ASSINADO ELETRONICAMENTE
17/10/2018



Usuário Triagem:

Carimbo e assinatura eletrônica



UPA 24 HORAS - SAO LOURENCO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMP

Data e hora retirada da senha: 17/10/2018 12:01

Nome Paciente:	CARLOS EDUARDO FERREIRA BARBOSA
Cód. Paciente:	77347
Data de Nascimento:	13/08/1983
Sexo:	Masculino
Idade:	35
Senha:	0095
Convênio:	
Atendimento:	
SAME:	101646

Período: 17/10/2018 12:02 - 17/10/2018 12:03

ANDREA RODRIGUES DE SOUZA CHAMIE - COREN: 78231 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: **RECLASSIFICACAO**

Fluxograma sintoma: **DOR CERVICAL / DORSAL / LOMBAR / EXTREMIDADES (SEM HISTORIA DE TRAUMA)**

Discriminaç(ões): **LIMITAÇÃO IMPORTANTE DOS MOVIMENTOS/FUNÇÃO**

Especialidade: **ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA**

Acolhido(a) por: ANDREA RODRIGUES DE SOUZA CHAMIE - COREN: 78231 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 17/10/2018 12:03

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Transferido para: ALERGIA
 Senha: _____
 Renovada via: _____

SEÇÃO Amarela
 PACIENTE: _____

ITEM PRESCRIÇÃO ATENÇÃO HURÁRIO

Dieta Dieta

Hidratação

ATB

UC: / /lb

Dieta: Dieta 400 mg/ml - 10 AMP - AD EV do 6/28 se dor ou

Ts 37,8

Óndaselem 8 mg 1 AMP - AD EV do 6/28 se náuseas

ou vômitos

Cimetizol 40 mg - 1 A 2P - AD EV 24/24h ACM

Alendrina 8,100 mg - 01 Uca primido, via oral se PAS >=

70 mmHg ou PAD >= 10

Insurta (Seguradora) Formas HGT 50

70-150 mg 250-500 mg

150-200 mg 200-300 mg

200-250 mg 300-400 mg

> 400 mg 400 mg ou superior

Glucose 70 mg 2-4 mg IV se HGT < 70

Oxigenoterapia - SIM - 2 L/min

1-2 L/min se necessário

4-6 L/min

6-8 L/min

8-10 L/min

10-12 L/min

12-14 L/min

14-16 L/min

16-18 L/min

18-20 L/min

20-22 L/min

22-24 L/min

24-26 L/min

26-28 L/min

28-30 L/min

30-32 L/min

32-34 L/min

34-36 L/min

36-38 L/min

38-40 L/min

40-42 L/min

42-44 L/min

44-46 L/min

46-48 L/min

48-50 L/min

50-52 L/min

52-54 L/min

54-56 L/min

ARMAS SEGURAS

Assinado eletronicamente por: Dinara Guimaraes da Silva

Rosimere Vaa



Transferido para: _____ **ALERGIA**
 Sinal: Sim
 Renovada em: Não

SFATOR: Amarela REG
 PACIENTE: Dinara Guimaraes da Silva DATA: 31/05/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
Dieta	Dieta	
Hidratação		
ATB		
DO: / /16		
Sintomáticas	Dipirona 500 mg/ml - 03 AMP - AD EV 6/6h se dor ou T > 37,8° Dindasetrona 8 mg 1 AMP - AD EV de 5/8h em náuseas ou vômitos Omeprazol 40 mg - 1 AMP - AD EV 24/24h ACM	
Glicemia	Atercina 0,100 mg - 01 Comprimido, via oral se PAS < 170 mmHg ou PAD < 110 Insulina Regular conforme HGT SC: 70-150 - 0 UI 251-300 - 6 UI 151-200 - 2UI 301-350 - 8UI 201-250 - 4 UI 351-400 - 10 UI > 400 - 12 UI (avisar plantonista) Glicose 50% - 3 AMP EV se HGT < 70	
Vias Aéreas	Oxigenoterapia: <input type="checkbox"/> SIM: <input type="checkbox"/> Venturi: % <input type="checkbox"/> Catéter nasal O2: ___ litros/min <input type="checkbox"/> NAO	
Diurese	NBZ Berotec ___ gotas - Adrenalent ___ gotas + SF 0,9% ___ ml (20/20) x ___ / ___ h Sim () Não () Hidroclorotiazida ___ mg 1 AMP 1 AD EV ___ / ___ h Sonda Vesical de Demora e medida da diurese? Sim () Não () SSVV - CCG	
Cuidos Gerais	HGT dia: ___ / ___ h e PA de ___ / ___ h	
Outras Medicações		

17 JUL 2019

PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA

ROSEMARY FOL
 COORDENADORA





EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome *Breton Emanuel Pereira*

Registro

Responsável

Assinatura

Data/Hora

EVOLUÇÃO Paciente admitido na UPA por...
12 de maio de 2019...
Atendimento realizado...
Prescrição de...
HAS e...
Assinatura...

MP Juliana Albert
COLEN. Nº 30.720/2019

EVOLUÇÃO Paciente admitido na UPA...
08:55...
Atendimento realizado...
Prescrição de...
Assinatura...

MP Juliana Albert
COLEN. Nº 30.720/2019

ARUANA RODRIGUES
27/05/2019





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM-SAE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ADULTO E PEDIÁTRICA

DATA: 31/05/2019 HORA: 12:25



1 IDENTIFICAÇÃO

HISTÓRICO

Dinara Guimaraes da Silva Número de Atendimento: _____
 Idade: _____ Acompanhada por: _____

2 QUEIXAS PRINCIPAIS

Distúrbio do sono

3 ANTECEDENTES PESSOAIS

Doenças Crônicas: _____ | Diabetes | Hipertensão | Coronária | Dislipidemia | HAS |
 Tuberculose | Depressão | Câncer | Doenças autoimunes | Outras: _____

EXAME FÍSICO

4 ESTADO GERAL

ESTADO GERAL: Bom | Regular | Grave

5 INTEGRIDADE DA PELE

Integridade | Hematomas | Escoriações | Feridas | Queimaduras | Infecções | Lesões por pressão local

6 AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: Consciente | Embrulado | Estupor | Coma
 PUPILAS: Mídriase | Mídrise | Anisocôricas | Estrabismo | Miocose | Fotorreagente

7 ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL: Cooperativo | Choro | Irritado | Sonolento | Ansioso | Agitado

8 SINAIS VITAIS

Temperatura: 36,5 | Pulso: 72 | ARTERIAL: 120/80 | FC: 72 | IPM Sat O2: 98 | Eufônico | Disfônico | Tonsos | Estridor
 SINAIS VITAIS VESICULARES: Presentes | Ausentes | Diminuídos | RUIDOS ADVENTÍCIOS: Roncos | Sibilos | Crepitações
 Reflexo: Presente | Ausente

9 SISTEMA GASTROINTESTINAL

ABDOMEN: Não doloroso | Doloroso | Não distendido | Distendido | Não ruidoso | Ruidoso | Não evacuado | Evacuado
 EVACUAÇÃO: Normal | Constipação | Diarreia | Hematoquecia | Hematóides | Outros

10 SISTEMA GENITO URINÁRIO

GENITÓRIO: Normal | Anormal | Hematuria | Disúria | Hematóides | Outros

11 SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

MOVILIDADE: Normal | Diminuída | Ausente | Limitada | Outras

ADRIANA COSTA DE SOUZA





CLÍNICA DE SISTEMATIZAÇÃO DE ENFERMAGEM / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: Carlen Eduardo Teodoro Registro: _____
 Enfermaria: 100000 Leito: 215

Data Admissão: _____ Turno: DIURNO NOTURNO Data: 31/05/2019

Estado Geral	<input checked="" type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> Muito Grave
Dietas	<input type="checkbox"/> LIO <input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> ENF	<input type="checkbox"/> Dieta Zero
Padrão Respiratório	<input checked="" type="checkbox"/> Espontâneo	<input type="checkbox"/> Dispositivo	
Acesso Venoso	<input type="checkbox"/> Intravenoso	<input type="checkbox"/> Central	Local: _____
Cateteres	<input type="checkbox"/> Com	<input type="checkbox"/> Não	Local: _____
Dragens	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Local: _____
Exatidão Des	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Absente	Aspecto: _____
Diurese	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Absente	Aspecto: _____

Observações: _____

SINAIS VITAIS

HORA	PA (mmHg)	FR (rpm)	FC (bpm)	SAT. O2 (%)	HGT (ml/dl)	Temp.	Ass. Tec. Enfermagem
<u>18</u>	<u>140x90</u>		<u>72</u>		<u>144</u>		

Técnico de Enfermagem: [Assinatura]

CLÍNICA DE SISTEMATIZAÇÃO DE ENFERMAGEM / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: [Assinatura] Registro: _____
 Enfermaria: _____ Leito: _____

Data Admissão: _____ Turno: DIURNO NOTURNO Data: _____

Estado Geral	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> Muito Grave
Dietas	<input type="checkbox"/> LIO <input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> ENF	<input type="checkbox"/> Dieta Zero
Padrão Respiratório	<input type="checkbox"/> Espontâneo	<input type="checkbox"/> Dispositivo	
Acesso Venoso	<input type="checkbox"/> Intravenoso	<input type="checkbox"/> Central	Local: _____
Cateteres	<input type="checkbox"/> Com	<input type="checkbox"/> Não	Local: _____
Dragens	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Local: _____
Exatidão Des	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Absente	Aspecto: _____
Diurese	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Absente	Aspecto: _____

Observações: _____

SINAIS VITAIS

HORA	PA (mmHg)	FR (rpm)	FC (bpm)	SAT. O2 (%)	HGT (ml/dl)	Temp.	Ass. Tec. Enfermagem

Técnico de Enfermagem: [Assinatura]





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



CONTÍDUOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: DENISE GUIMARAES DA SILVA Reg. Prof. 13123
 Enfermaria: 1001 Setor: 01

Hora Admissão: _____ Partição: 1001/01 DELTA: 1 NOT. PRG: _____ DATA: 31/05/2019

Estado Geral	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> Gravíssimo
Dieta	<input type="checkbox"/> NADA	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> SNG + Dieta Zero
Padrão Respiratório	<input type="checkbox"/> Espontâneo	<input type="checkbox"/> O2 suplementar	
Acesso Venoso	<input type="checkbox"/> Venitário	<input type="checkbox"/> Central	Local: _____
Cateteres	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Local: _____
Óxigeno	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Local: _____
Exatidão	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Absente	Aspecto: _____
Diurese	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Absente	Aspecto: _____

Observações: _____

SINAIS VITAIS

HORA	PA (mmHg)	FR (rpm)	FC (bpm)	SAT. O2 (%)	HGT (ml/dl)	Temp.	Ass. Tec. Enfermagem
<u>08:00</u>	<u>120/80</u>	<u>18</u>	<u>70</u>	<u>98</u>	<u>12</u>	<u>36,5</u>	

Técnico de Enfermagem: DENISE GUIMARAES DA SILVA **Rosimere Vitor**
CRNEN-PC 06371-15

CONTÍDUOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: _____ Reg. Prof. _____
 Enfermaria: _____ Setor: _____

Hora Admissão: _____ Partição: _____ DELTA: _____ NOT. PRG: _____ DATA: _____

Estado Geral	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> Gravíssimo
Dieta	<input type="checkbox"/> NADA	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> SNG + Dieta Zero
Padrão Respiratório	<input type="checkbox"/> Espontâneo	<input type="checkbox"/> O2 suplementar	
Acesso Venoso	<input type="checkbox"/> Venitário	<input type="checkbox"/> Central	Local: _____
Cateteres	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Local: _____
Óxigeno	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Local: _____
Exatidão	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Absente	Aspecto: _____
Diurese	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Absente	Aspecto: _____

Observações: _____

SINAIS VITAIS

HORA	PA (mmHg)	FR (rpm)	FC (bpm)	SAT. O2 (%)	HGT (ml/dl)	Temp.	Ass. Tec. Enfermagem

Técnico de Enfermagem: _____ **ARILMA FERREIRA**





GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

NOME: _____ IDADE: _____

REGISTRO: _____ DATA: _____

HDA: _____

EX. FÍSICO _____

EX. COMPLEMENTARES _____

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____

CONDUTA ADOTADA NO ATENDIMENTO INICIAL

SENHA _____ DESTINO: _____

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO SIM () NÃO ()

JUSTIFICATIVA _____

HORA DA SOLICITAÇÃO: _____ MÉDICO SOLICITANTE _____

HORA DA SAÍDA _____ MÉDICO DA LIBERAÇÃO _____

ENFERMEIRO DA LIBERAÇÃO _____

[Handwritten signatures and stamps]





INSTRUMENTAL PARA ATENDIMENTO NO LEITO

Data: 16/10/19 Hora: 17:15 Atendimento nº: _____

Nome Social: _____ Cor: Branca

Nome Civil: Dinara Guimaraes da Silva

Possui alguma deficiência? () Sim (x) Não Se sim, qual? _____

Apelido: _____ Possui documentação? (x) Sim () Não Idade: _____

Endereço: Rua São Francisco de Assis, 133, nº 133, bairro São Francisco, CEP: 54000-000, São Lourenço da Mata, Pernambuco

Fonte de Referência: 9876-5432

Nome do acompanhante: _____

Vinculo com o Usuário: Mãe Tel: 3533-1234

Vive sozinho () Vive sob o mesmo teto com pessoas da família (x)

Convive com pessoas que não fazem parte do grupo familiar ()

Vive internado em instituição, asilo, abrigo ou sob a responsabilidade de terceiros ()

Nome da instituição: _____

O usuário é acompanhado por algum serviço (saúde/assistência)? () Sim (x) Não

Qual? _____

ATIVIDADE REALIZADA:

Orientações – Normas e Rotinas	(x)
Orientações – Direitos Sociais	(x)
Encaminhamento à Rede Socioassistencial	()
Encaminhamento à Rede de Saúde	()
Atendimento Violência	()
Articulação Externa/Família	()
Articulação Externa/Rede	()

Outras Observações (Contexto familiar, situação socioeconômica, condição de moradia, etc.)

Usuário em situação de vulnerabilidade social, com baixa renda e sem acesso a serviços básicos de saneamento e saúde.
Apresenta sintomas de depressão e ansiedade, necessitando de acompanhamento psicológico.

Assinado eletronicamente por:
Dinara Guimaraes da Silva



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 463064
Usuário do Atendimento: LAZARONI

Data e Hora do Atendimento: 16/10/2018 17:50
Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: CARLOS EDUARDO FERREIRA BARBOSA Prontuário: 110106
Nome da Mãe: SELMA SALUSTIANO FERREIRA Nome do Pai: JOSE EDSON DE SOUSA BARBOSA
Data do Nascimento: 13/08/1963 Idade: 35 anos Sexo: MASCULINO
Estado Civil: SOLTEIRO RG: 5259900 SDS PE Data Emissão: 24/03/2018
CPF: Certidão de Nascimento: Data Emissão:
Naturalidade: Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) COMPLETO
Carteira Nacional SUS: T07406074155176 Ocupação Habitual: MOTOCICLISTA
Endereço: AVENIDA FERNANDES VIEIRA 103 MARCOS FERREIRE
Cidade: JARDIM DAS GUARARAPES PE CEP: 54360020 Fone:

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: DEMANDA ESPONTANEA
Médico: IACIEL 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, 16/10/2018

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: Alta médica
Diagnóstico: Fratura de fêmur
Procedimento: Fixação com placa e parafusos
Alta em: 16/10/2018 Hora: 17:50
Médico e C.R.M.: [assinatura]
Responsável alta retirada do paciente - Nome: _____
Assinatura e R.G.: _____

33/10/18

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: DINARA GUIMARAES DA SILVA
31/05/2019 12:25:08





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 463014
Data e Hora: 18/10/2018 11:19

Senha da Classificação: 0022

Paciente: 110108 CARLOS EDUARDO FERREIRA BARBOSA Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 13/08/1983 Idade: 35 anos Convenio: 2 SUS/S/A AMB/URG
Nome da Mãe: SELMA SALUSTIANO FERREIRA Nome do Pai: JOSE EDSON DE SOUSA BARBOSA
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: REINALDO MENDES DE CARVALHO CRM: 14851
Endereço: AVENIDA FERNANDES VIEIRA -- 103 Bairro: MARCOS FREIRE
Cidade(UF): JABOATÃO DOS GUARARAPES (PE) Usuário Atendimento: SANDRACA
RG (Identidade): 5889990 SDS PE Data de Emissão: 24/03/2019
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone:
Cartão SUS: 707405074155-76 Data de Emissão CRN:

LAZ - 3246

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso, Altura, Temperatura, Hora

Queixa Principal

Dores no abdômen inferior direito há 15 dias, associadas a febre e náuseas.

Exame Físico

TC e ultrassom realizados.

Hipótese Diagnóstica

Infecção do trato urinário

Conduta Terapêutica

TC e Ultrassom

Prescrição Médica

TALETA BOUTA

Carimbo Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR
UNIDADE:
LEITO DO PACIENTE:

Carimbo Hospitalar

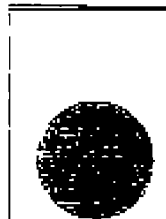


HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 18/10/2018 10:59




Nome Paciente: CARLOS EDUARDO FERREIRA BARBOSA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 13/05/1983
Sexo: Masculino
Idade: 35
Senha: 0022
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 18/10/2018 11:06 - 18/10/2018 11:09

IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **NÃO URGENTE - VERDE**

Cor:  VERDE

Queixa Principal: PCT VEIO POR DEMANDA ESPONTANEA COM RELATO DE DOR EM PE ESQ COM PRESENÇA DE EDEMA, APOS QUEDA DE MOTO HA 3 DIAS.

Observação: NEGA HAS DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA

Fluxograma sintoma: TRALIMA

Discriminadores: - DOR LEVE (1-3/10)
- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 H

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Livres: - PAD: 80/60 MMHG
- PAS: 120/90 MMHG

Assinado eletronicamente por: dinara guimaraes da silva - 31/05/2019 12:25:08
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19053112250831800000045323608

Acolhido(a) por: IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 18/10/2018 11:09

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Exame Físico: _____

Exame físico: normal

Antecedentes Pessoais: _____

HTA / DM2 / Dislipidemia

Medicações em Uso _____

Atorvastatina / Metformina

Antecedentes Familiares: _____

Não há antecedentes familiares

Hipótese Diagnóstica Principal: _____

Hipóteses Diagnósticas Secundárias: _____

Plano Terapêutico: _____

Atorvastatina / Metformina

Cabo de Santo Agostinho, _____

Assinatura e Carimbo

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





EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Carla Becker de F. B. Registro: 110166

Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
	<i>H. Oliveira</i>
18.12.17	

HCP Hospital Dom Helder Câmara
Viviane Cristina A. Cardino
Assistente Social
CRESS-PE 6415

Carla Becker de F. B.
18.12.17

20.12.17 *10:00h*
Foi realizada a visita de rotina
na enfermaria, sendo observado o
paciente em bom estado de saúde.
O paciente foi acompanhado
pelo enfermeiro
Carla Becker de F. B.

Carla Becker de F. B.





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Nome: Diana Guimaraes Leito da SRPA: 01
 data: 19/05/2019 Hora: 12:15 Registro: 111111
 Leito de origem: _____

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Exat. Endoscópica
 Tipo de anestesia: RA
 Equipe: Dr. Diana Guimaraes Anestesiista: Dr. [nome]

3. Admissão

Estado geral: () Bom () Regular () Torporoso () Grave
 Respiração: () Espontânea () Assistida não invasiva () Entubada () Traqueostomizada
 Sonda: () SVO () SNG () SNE
 Acesso Venoso Periférico: () Não () Sim Onde: 12/13
 Acesso Venoso Central: () Não () Sim Onde: _____
 Drenos: () Não () sim Onde: _____
 Sinais vitais: PA: 112 x 65 mmHg FR: 12 p/min FC: 71 p/min SaPO2: 95
 Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
Horário	<u>11:00</u>	<u>11:45</u>	<u>12:15</u>	<u>12:45</u>	<u>13:15</u>	<u>13:45</u>
PA	<u>112 x 65</u>	<u>110 x 65</u>	<u>110 x 65</u>	<u>110 x 65</u>	<u>110 x 65</u>	<u>110 x 65</u>
FR	<u>12</u>	<u>12</u>	<u>12</u>	<u>12</u>	<u>12</u>	<u>12</u>
FC	<u>71</u>	<u>71</u>	<u>71</u>	<u>71</u>	<u>71</u>	<u>71</u>
SaPO2	<u>95</u>	<u>95</u>	<u>95</u>	<u>95</u>	<u>95</u>	<u>95</u>
Glasgow	<u>15</u>	<u>15</u>	<u>15</u>	<u>15</u>	<u>15</u>	<u>15</u>

5. Intercorrências/observações

6. Alta da SRPA

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

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

Data: 19/05/2019 Horário: 12:15

Alta da SRPA pelo med. cir. _____

Dr. Diana Guimaraes
Anestesiologista
CRM: 6003




IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: Carlos Alberto Oliveira Data: 31/05/2019 Registro: 110306
 Convênio: _____ Letor: _____ Hora: _____

2. Equipe médica:

Cirurgião: Wagner de Almeida 1º auxiliar _____
 Anestesiologista: Paulo Roberto Instrumentador: Marcelo Bonifácio
 Circulante: Paulo Roberto

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
		MOTOR STORZ 027 IDENTIFICAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO FERREIRA CNE  JOE 273210 PLASMA ESTE 13.10.2018 VAL 01.10.2019 001180008 LAIS PASCHUAL COSTA RFE 041 126 WWW.EMBRASTER.COM.BR
Note Model FIC R 2.15, 10, 30 Atividade 2.01m Paciente comorbida que é 15.01.2019		

La Paschual Costa RFE 041 126



PACIENTE:	Center Eduardo Pereira Monteiro	DATA:	19/06
CIRURGIÃO:	Dr. Manoel	RG:	110100
ANESTESISTA:	Dr. Manoel	AUXILIAR:	
CIRURGIÃO:	Dr. Manoel	ANESTESIA:	Propofol
ESTRUMENTADOR:	Dr. Manoel	COORDENAÇÃO DO BLOCO:	Dr. Manoel
CIRCULANTE:	Dr. Manoel	COREN:	
ENFERMEIRA:	Dr. Manoel	HORÁRIO INICIAL:	08:00
		HORÁRIO FINAL:	11:00

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
AGULHAS			
13X4,5	25X7	35X5	40X12
CARDIOLÓGICA	STIMULER	RAQUI 25	RAQUI 27
ATADURAS			
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM	
CANULAS			
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 9,0	TRAQUEOST 9,5
TRAQUEOST 10,0			
CATETER			
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16
PERIDURAL 12	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	
LIMPADORES			
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400
CURATIVOS			
ADAPTIC	KERILK	PURILON	TELA MARLEX
EQUIPOS			
BOMBA	BOMBA FOTO	P. SANGUE	P. SORO MACRO
EXTENSORES			
20CM	40CM	50CM	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	50ML	50ML CATETER	
AVENTAL CIRUR. 33. COLOSTOMIA			
COMPRESSAS			
CAPA P. VIDEO			
COLET. ABLATO			
COLET. FFCHADG			
CONEXÃO 2VIAS			
CONEXÃO AVAS			
ELETRODOS			
FILTRO UVIDIF.			
GASES			
GELADÃO			
KIT CIRURGICO			
LATEX			
TORNEIRA 3VIAS			
PRESERV. URINA			
SCALP 21			
SCALP 25			
TRANSFIX			
TRANS. PRESSÃO			

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
DRENOS			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 16	SUCCÃO 3,2	SUCCÃO 4,8	SUCCÃO 6,4
BLAKER 20FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 25
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36
SONDAS			
ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ. 2,0	ENDOTRAQ. 2,5	ENDOTRAQ. 3,0
ENDOTRAQ. 3,5	ENDOTRAQ. 4,0	ENDOTRAQ. 4,5	ENDOTRAQ. 5,0
ENDOTRAQ. 5,5	ENDOTRAQ. 6,0	ENDOTRAQ. 6,5	ENDOTRAQ. 7,0
ENDOTRAQ. 7,5	ENDOTRAQ. 8,0	ENDOTRAQ. 8,5	ENDOTRAQ. 9,0
FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
FOLEY 2VIAS 05	FOLEY 2VIAS 05	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 17
URETRAL 14	URETRAL 15	URETRAL 16	URETRAL 20
FIOS CIRÚRGICOS			
ALGODÃO 0	ALGODÃO 2,0	ALGODÃO 3,0	ATA CARDIACA
CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2,0	CROMADO 3,0
CROMADO 4,0	SIMPLES 2,0	SIMPLES 3,0	SIMPLES 4,0
SIMPLES 3,4	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	ULTRA PÓSICO	MARÇA PASSO	VALVEXIT
SEDA 2,0	SEDA 3,0	MONOCRYL 3,0	MONOCRYL 4,0
SUPORTE 5,0	ACO 1	ACO 4	ACO 6





HOSPITAL DOM HELDER CAMARA
Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara
Av. P. Hospitalar
Dom Helder Câmara CNPJ: 09.039.744/0001-60

Fundação Pró-Reis, Martiniano Fernandes
MP-HOSPITALAR
CNPJ: 09.039.744/0001-84

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 112106

Atendimento: 463064

Dr. Cad.: 18422218

Nome: CARLOS EDUARDO FERREIRA BARBOSA

Dr. Nasc.: 13/03/1983

Mãe: SELMA SALUSTIANO FERREIRA

Hs. To: MARCOS FERRE

End.: AVENIDA FERNANDES VIEIRA

Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES

End. Str.: LEITO 17

Leito: 518

CNS: 707406074155176

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- Confirmação sobre o paciente
- Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado
 - Consentimento informado realizado
- Site cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
- Checagem do equipamento anestésico
- Oxímetro de pulso instalado e funcionando
- O paciente tem alguma alergia?
- Não
- Sim _____
- Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?
- Não
- Sim e há equipamento disponível
- Há risco de perda sanguínea $\geq 500\text{ml}$ (7mL/kg em crianças)?
- Não
- Sim e há equipamento disponível

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
- O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam
- Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado
- O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?
- Sim
- Não se aplica
- Exames de imagem estão disponíveis?
- Sim *RS*
- Não se aplica
- Antecipação de eventos críticos:
- Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas?
- Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente?
- Revisão da enfermagem: Há alguma preocupação com a esterilização do instrumental cirúrgico?

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- Nome do procedimento realizado *Proctocolectomia*
- 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

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]





CONSULTÓRIOS DE ESPECIALISTAS DE CARPINA



RECEITUÁRIO

laudo Médico

Atesto que Carlos Eduardo
Ferreira Barbosa (RG 5688990 SDS-PE)
vítima de acidente motociclístico
em 26/10/2018, sofreu fratura do
calcâneo do pé (E) (CID S92.0). Realizou
tratamento cirúrgico (osteossíntese com
placa e parafusos). Apresenta-se com
debilidade funcional de 60% do MIE,
com diminuição da força e estabilidade
do pé (E). Ato médico definitivo.

ARJANA REGIPANDORA
22 JAN 2019

Concluiu-se em 28/01/19

Dr. João Luiz da Rocha
Ortopedia / Traumatologia
CRM - 12036

AV. ESTÁCIO COIMBRA, 352, CENTRO, CARPINA - PE
FONE: 3621-2396 | 3622-2461 | 9.9935-4081 | 9.8453-2427





FISIOTERAPIA
Drº Wagner Henrique

RELATÓRIO

Sr. CARLOS EDUARDO FERREIRA BARBOSA:

Vitima de acidente automobilístico (moto) ocorrido no dia 15/10/2018 as 22:00hs, onde teve como consequência fratura de calcâneo no pé esquerdo. (CID: S92.0), realizou procedimento cirúrgico, implantação de síntese metálica do tipo placa e parafuso. Após o procedimento o mesmo foi encaminhado ao serviço de fisioterapia, onde realizou tratamento de fisioterapia domiciliar 20 sessões. Sugiro que o senhor Carlos Eduardo, continue com o tratamento fisioterápico uma vez que apresenta diminuição de (ADM) amplitude de movimento, déficit de mobilidade e equilíbrio, presença de edema e dificuldade de deambular sem auxílio das muletas.

Carpina, 02 de Janeiro de 2019.

Dr. Wagner Henrique

FISIOTERAPEUTA
CREFITO 267057-F

WAGNER EMANOEL HENRIQUE ALEIXO DA SILVA

FISIOTERAPEUTA
CREFITO267057 - F

Rua Deputado João Teobaldo de Azevedo, 135
Senzala, Carpina - 55818-520





Resumo de Alta Hospitalar

PACIENTE: CARLOS EDUARDO FERREIRA BARBOSA		
REGISTRO: 110106	DATA ADMISSÃO: 18/10/2018	DATA ALTA: 20/10/2018

1) Diagnósticos Definidos:

FRATURA DE CALCÂNEO ESQUERDO

2) Conduta/ Procedimentos Realizados:

OSTEOSSINTESE COM PLACA + PARAFUSO

3) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

4) Informações Complementares:

**CURATIVO DIARIO
USAR MEDICAMENTOS PRESCRITOS
CARGA ZERO NO MEMBRO
FISIOTERAPIA
RETORNO AO AMBULATORIO COM DUAS SEMANAS**

Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X)
Não ()

RETORNO COM DUAS SEMANAS

Encaixe no ambulatório DE TRAUMATOLOGIA

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



(81) 3183 0149

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





SINISTRO 3190054155 - Resultado de consulta por beneficiário

CARLOS EDUARDO FERREIRA BARBOSA
invalidez

ARUANA SEGURADORA

S/A

CARLOS EDUARDO FERREIRA BARBOSA
04477179448

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Por gentileza, aguarde, em até 72 horas, entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

12/02/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50
------------	--------------	----------	--------------



**CONVÊNIO FIRMADO ENTRE O TJPE E A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO
SEGURO DPVAT S/A**

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT
Tel: 21 3361-4600 www.seguradoralider.com.br
R. São do Dantas 74, 3º andar
Centro - Rio de Janeiro - CEP 20011-105



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 25 de fevereiro de 2015
DPVAT/JUR - 583/2015

Ao
EXMO. JUIZ COORDENADOR GERAL DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Coordenadoria Geral do Sistema de Resolução Consensual e Arbitral de Conflitos
Ilmo. Sr. Dr. Ruy Trezena Patu Júnior

Assunto: Resposta ao Ofício Nº 005/2015 - CGSRCAC

A Seguradora Líder de Consórcios de Seguro DPVAT em resposta ao ofício Nº 005/2015 - CGSRCAC, encaminhado pelo Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco vem se comprometer a efetuar o pagamento com despesas referentes ao trabalho realizado pelos peritos indicados pelos juizes nos processos do Consórcio do Seguro Dpvat no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais).

Após a realização da perícia, e consecutiva intimação do resultado da mesma através de seu patrono constituído nos autos, a Seguradora Líder DPVAT promoverá o pagamento dos honorários periciais em até 15 (quinze) dias a contar da intimação para o pagamento, caso não reste qualquer necessidade de informação complementar ao laudo produzido.

Destacamos que a presente medida resultará em celeridade no Tribunal de Justiça, e acreditamos que com tal medida deste T. Tribunal de Justiça, em especial às metas de baixa processual estabelecidas pelo Conselho Nacional de Justiça.

Cordialmente,


Marcelo Davoli Lopes
Diretor Jurídico



Preocupada com o meio ambiente, a Seguradora Líder - DPVAT usou papel reciclado e evita a presença de fitas.



FONTE: http://www.tjepe.jus.br/noticias_ascomSY/ver_noticia.asp?id=9785

Notícia Busca: - Período de Jan / 2018 * a Set / 2018 * Ok

Seguradora Líder vai custear despesas referentes ao Seguro DPVAT de peritos indicados por juízes



A Seguradora Líder de contratos do Seguro DPVAT, em resposta ao Ofício Nº 001/2019 da Coordenadora Geral do Sistema de Resolução Consensual e Arbitral de Conflitos (CGSECAC), se comprometeu a custear as despesas referentes ao trabalho realizado pelos peritos, desde que sejam vinculadas aos processos do Contrato do Seguro DPVAT.

Dever forma, o magistrado terá a autonomia para escolher e nomear os peritos de sua confiança, que tenham habilitação própria para esse fim. Cabe à Seguradora Líder promover o pagamento dos honorários periciais em até 10 dias, contados da intimação para o pagamento, caso não haja qualquer necessidade de informação complementar ao laudo produzido. O valor custeado pela Seguradora por cada laudo pericial será de até R\$ 200,00.

A medida restará em vigor no Tribunal de Justiça de Pernambuco, em especial as metas de fluxo processual estabelecidas pelo Conselho Nacional de Justiça. Além disso, a medida diminui o volume excessivo de processos encaminhados aos membros de consultoria sob a coordenação da (CGSECAC).

Confira o ofício no ítem:

Diário Oficial

Ver em formato HTML

Siga como

Últimas Notícias

21/07/2019 - TPEdai adiado nesta quarta (12/8) devido a falta de batidores

21/07/2019 - TPEdai retoma suas atividades nesta quarta-feira (12/8)

21/07/2019 - Nota de falecimento

20/07/2019 - TPE promove palestra sobre lavratura de acordos

20/07/2019 - Servidores e voluntários do TPE têm 50% de desconto em pós-graduação na FOCCA



<http://www.tjpb.jus.br/tribunal-de-justica-da-paraiba-firma-convenio-com-a-seguradora-lider/>



- PUSH
- PULL
- Solicitar Certidão e-Jus
- Execuções Penais
- PJE
- Diário da Justiça
- Custas Judiciais
- Selo Digital
- Faixas de Julgamento
- Plantões
- Comarcas
- Legislação
- Licenças
- Biblioteca
- Atendimento de T
- Guias
- Peritos e Laudos
- Comarcas / Seção
- Cursos e Eventos
- Modelos de Formulário
- Telejudiciário
- Juízados Especiais
- Infância e Juventude
- Núcleo de Cooperação Judiciária
- Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema

INSTITUCIONAL - TRANSPARENCIA - OUVIEDORIA - CORREGEDORIA - ESMA - CONCILIJAR - IMPRENSA

31/05/2019 - Convênio com a Líder

Tribunal de Justiça da Paraíba firma convênio com a Seguradora Líder

Empresa é responsável pelo pagamento de indenização do seguro DPVAT



TJPB assina convênio com a seguradora Líder

Em reunião realizada na tarde desta quinta-feira (27), o presidente em exercício do Tribunal de Justiça da Paraíba, desembargador Romero Marcelo, assinou convênio com a Seguradora Líder, empresa que administra o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais por Veículos Automotores de Via Terrestre (DPVAT). O convênio vai beneficiar todas as comarcas que não recebem o Mutirão DPVAT, de modo que cada qual realize seu próprio esforço concentrado. A medida visa dar celeridade aos processos que envolvem o pagamento do seguro.

"O juiz, numa pequena comarca do sertão, vai poder, agora, realizar esforço concentrado na sua unidade. Ele pode, através desse convênio, indicar um perito e, caso não tenha, pedir ao núcleo que indique, que a Seguradora irá pagar. A prestação jurisdicional será eficiente e efetiva a

aqueles passos que têm processo tramitando a bastante tempo na Justiça esperando a realização de uma perícia", afirmou o diretor-adjunto do Núcleo de Conciliação do TJPB, juiz Fábio Leandro.

Previsto no convênio, fica à competência do Tribunal dar ciência do acordo a todos os magistrados competentes para julgamento de ações relacionadas ao seguro, destacando a importância da realização de perícias médicas, bem como garantir a realização de perito judicial e as indicações das partes autoras.

A Seguradora Líder deverá efetuar o pagamento dos honorários periciais judiciais em até 15 dias. O valor fixado individual é de R\$ 200,00 independente do resultado da avaliação médica realizada de gravidade da lesão apresentada pela vítima. O mesmo valerá para as avaliações médicas.

Para o diretor jurídico da Líder, Marcelo Davoli Lopes, esse convênio representa um avanço significativo no que diz respeito ao pagamento das indenizações. "As pessoas que recorrem ao Judiciário passarão a receber o pagamento da indenização mais rapidamente. Para nós é uma enorme satisfação vir à Paraíba e ver que o Tribunal de Justiça do Estado se preocupou em dar celeridade aos processos. Só temos a elogiar", declarou.

A presidência do TJ também demonstrou satisfação com o convênio. "O Brasil hoje vive um pesadelo com relação aos acidentes e isso gera um número imensurável de ações. Esse é mais um esforço do TJPB para a dinamização da prestação jurisdicional", afirmou o desembargador Romero Marcelo.

Também participaram da reunião a diretora do Núcleo de Conciliação, desembargadora Maria das Graças Moraes Guedes e o advogado da Empresa João Bentes. O convênio entrará em vigor a partir da data de publicação no Diário da Justiça Eletrônica e terá vigência pelo período de 60 meses.

Geom - TJPB com Karina Negrinhos (estratégia)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 044.771.794-48 Nome completo da vítima: Carlos Eduardo Figueira Barbosa

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

Nome completo: Carlos Eduardo Figueira Barbosa CPF: 044.771.794-48

Profissão: _____ Endereço: RUA MSA DO DESTAHO Número: 275 Complemento: CASA

Bairro: Cond. Jaguará/Beleza Vista Cidade: PAUHANHO Estado: PE CEP: 55825-000

E-mail: _____ Tel.(DDD): 81-4253-2982

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

RECURSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 2415 CONTA: 1460

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Local e Data: PAUHANHO 20/01/2019 **TESTEMUNHAS**

Nome: _____ 1ª | Nome: _____

CPF: _____ CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

[Assinatura] Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

ARQUIVADA RECEBIDORA
22 JAN 2019





CARVALHO E SOUZA - ADVOCACIA

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ____ VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE.

CARLOS EDUARDO FERREIRA

BARBOSA, brasileiro, solteiro, portador da cédula de identidade - RG nº 5.688.990 SDS/PE, inscrito no CPF/MF sob o nº 044.771.794-48, residente e domiciliado na Rua Nossa Senhora do Desterro, 275, Guadalajara, Paudalho-PE, CEP: 55.825-000, sem endereço eletrônico cadastrado, por seus advogados subscritores da presente, constituídos nos termos do Instrumento Procuratório anexo (doc.01), com endereço profissional e eletrônico no rodapé da exordial, local onde receberão intimações, vem perante V.Exa., **AJUIZAR** a presente

**ACÃO DE COBRANÇA DE COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO DE
SEGURO OBRIGATÓRIO – DPVAT**

Contra **ARUANA SEGUROS S/A**, estabelecida na Av. Dantas Barreto, 507, salas 1214/1215, Santo Antônio, Recife-PE. – CEP 50010-921, inscrita no CNPJ nº 07.017.295/0001-58 e **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT**, estabelecida na Rua Senador Dantas, nº 76, 3º Andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ - CEP: 21.031-205, inscrita no CNPJ (MF) sob o nº 09.248.608/0001-04, pelos fatos e fundamentos que expõe e requer:

DA GRATUIDADE DE JUSTIÇA:

Inicialmente, requer a V. Ex^a. que sejam deferidos os benefícios da Gratuidade de Justiça, com fulcro no art. 99 do CPC/2015, por não ter condições de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo do próprio sustento e de sua família, conforme atestado de pobreza que instrui a exordial.

Rua Matias de Albuquerque, 223, sl. 804, Edf. Bancomércio, Santo Antônio, Recife-PE
Fone: (81) 9.9987-5498 / 34240144- email: carvasouza.assessoria@gmail.com





AINDA PREFACIALMENTE, requer que todas as intimações e publicações referentes ao Autor sejam efetuadas em nome dos Beis. JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA – OAB/PE 40.200-D e DINARA GUIMARÃES DA SILVA – OAB/PE 14.650, sob pena de nulidade

ENCERRANDO AS PRELIMINARES, declaram os causídicos signatários da presente peça que os documentos anexos juntados representam cópias legítimas de seus respectivos originais, razão pela qual requer que tais documentos sejam assim tratados, de acordo com o art. 425, IV do CPC.

DA DISPENSA DE AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO

O Requerente opta pela não realização da audiência de conciliação ou mediação, conforme preceitua o art. 319, VII do CPC, sob o argumento de que as Requeridas não firmam acordo sem a realização da perícia técnica conclusiva.

No caso em tela, em que se pretende a cobrança de valor referente à complementação do seguro obrigatório (DPVAT), o cotidiano forense nos permite constatar a completa desarmonia da interpretação literal do art. 334 do CPC, com espírito da Constituição Federal (Art 5º, Inciso LXVIII da CF/88), haja vista que, nas inúmeras demandas distribuídas, invariavelmente restam infrutíferas as tentativas de conciliação, uma vez que, segundo informam as seguradoras rés que compõem o *pool* gestor dessa modalidade de seguro, por orientação da FENASEG, não lhes é dado conciliar, mormente porque necessária realização de perícia médica para se verificar o tipo de lesão e seu respectivo grau.

DOS FATOS:

O Requerente foi vítima de acidente de trânsito em 15.10.2018, e sendo assim, requereu administrativamente, perante as Demandadas, a indenização do seguro obrigatório – DPVAT.





Em 12.02.2019 o Requerente recebeu das empresas seguradoras requeridas a importância de **R\$ 1.687,50 (Hum mil seiscientos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, em decorrência do pagamento indenizatório do seguro obrigatório – DPVAT.

Acontece que, dúvida não existe no tocante ao acidente, bem como no que diz respeito à invalidez permanente suportada pelo Demandante, posto que, consoante se observa claramente nos documentos médico/hospitalares, em decorrência do referido acidente, o autor apresenta a seguinte seqüela: **“Fratura do Calcâneo Esquerdo”**, sendo submetido a tratamentos cirúrgicos no Hospital Metropolitano Dom Helder Câmara localizado no Cabo de Santo Agostinho-PE, conforme documentos ora acostados aos autos.

Esclareça-se, entretanto, que o Autor não realizou perícia traumatológica junto ao IML (Instituto Médico Legal), em virtude que não existe o referido instituto que atenda na região do acidente ou no município da residência deste.

DO DIREITO:

Sendo o demandante, vítima de acidente de trânsito, atrai para si a aplicação da Lei nº 6.194/74 (Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Via Terrestre ou por sua carga, a pessoa transportada ou não), em seu Art, 3º, alínea b, que dispõe:

*“Art. 3º. Os danos pessoais coberto pelo seguro estabelecido no art.2º compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que seguem, por pessoa vitimada:
(...)
b) até 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de invalidez permanente;”*

Ocorre que, no tocante ao valor a ser pago, não obstante a inovação trazida pela Lei nº 11.945/09, que alterou a Lei nº 6.194/74, e introduziu a Tabela para Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente,





limitando, assim, a indenização de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), de acordo com a gravidade da debilidade suportada, acreditamos ser devida a complementação para que seja alcançado o teto máximo previsto na lei, que de acordo com a tabela instituída pela lei, o percentual a ser aplicado, no caso em tela, é de 50% (cinquenta por cento) de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). Ou seja: R\$ 6.750,00 – R\$ 1.687,50 = **R\$ 5.062,50 (cinco mil e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**.

Dessa forma, o Demandante não pode admitir a recusa das seguradoras réis em pagar o complemento do seguro obrigatório-DPVAT, no valor de R\$ 5.062,50 (cinco mil e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), por entender contrariar o texto legal, reunindo, deste modo, todos os documentos necessários ao requerimento administrativo, emitidos por órgãos públicos e privados do Estado, comprovando o sinistro, bem como, as sequelas oriundas deste, motivo pelo qual propõe a presente ação, a fim de receber o valor que, legalmente, lhe é devido.

E no que diz respeito à possibilidade de julgamento do processo sem a juntada do laudo do IML, observa-se que a própria lei que rege o DPVAT o admite, pois abre a possibilidade de verificação de registros hospitalares, e outros meios que podem ser utilizados para que se chegue a uma conclusão sobre a incapacidade da vítima de acidente, no caso de dúvida quanto ao nexo da causa e efeito entre o acidente e as lesões, consoante estabelece a Lei nº 6.194/74, em seu art. 5º, § 4º, in verbis:

“Art. 5º, § 4º: Havendo dúvida quanto ao nexo de causa e efeito entre o acidente e as lesões, em caso de despesas médicas suplementares e invalidez permanente, poderá ser acrescentado ao boletim de atendimento hospitalar relatório de internamento ou tratamento, se houver, fornecido pela rede hospitalar e previdenciária, mediante pedido verbal ou escrito, pelos interessados, em formulário próprio da entidade fornecedora. (Incluído pela Lei nº 8.441, de 1992).”

É nesse sentido, vejamos os seguintes julgados:

“AGRAVO DE INSTRUMENTO - SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT – INVALIDEZ PERMANENTE - A comprovação da invalidez permanente decorrente de acidente





automobilístico pode ser feita por qualquer meio de prova em direito admitida - Primado do art. 332 do CPC - RECURSO IMPROVIDO. (Al nº 1163554-0/5, 34ª Câmara de Direito Privado, Rei. DES. ANTÔNIO NASCIMENTO) Seguro obrigatório (DPVAT). Cobrança. Inépcia da inicial, por ausência de documento indispensável à propositura da ação. Inexistência. Laudo do IML não é documento essencial à propositura da ação. A incapacidade da autora e o nexo de causalidade com o acidente sofrido podem ser demonstrados durante o processo. Recurso desprovido. (Al Nº1183011- 0/3, 28ª Câmara de Direito Privado, Rel. DES. JÚLIO VIDAL)

“Seguro obrigatório - DPVAT - Cobrança – Inépcia da inicial, em razão da falta de documento indispensável à propositura da demanda - Inocorrência - Laudo de exame de corpo de delito da autora não é documento indispensável à propositura da ação, porque a apuração da existência de seqüelas incapacitantes, decorrentes do acidente que ela sofreu, pode ser feita durante o processo, através de prova pericial - Agravo não provido. (Al Nº1165324- 0/3, 28ª Câmara de Direito Privado, Rei. Sílvia Rocha Gouvêa)”

O seguro obrigatório – DPVAT garante uma indenização às pessoas envolvidas em acidentes com veículos automotores de via terrestre. O seguro obrigatório – DPVAT indeniza as vítimas nas seguintes situações: morte, invalidez permanente e despesas médicas e hospitalares (DAMS). No presente caso, o Autor apresenta invalidez permanente, o que garantiu o recebimento administrativamente de parcela da indenização que as Seguradoras julgavam devida. Logo, busca o Autor com a presente lide, tão somente, receber a complementação da indenização que lhe é assegurada por lei.

Outrossim, nossa jurisprudência é pacífica, no presente caso. Vejamos:

“(…) De logo convém registrar: para efeito de pagamento do seguro DPVAT, o valor do quantum indenizatório nas hipóteses de invalidez permanente pode assumir três possibilidades: 1. Para os sinistros ocorridos antes da Medida Provisória nº 340 (29.12.2006), convertida na Lei nº 11.482/2007 (31.05.2007), e portanto sob a égide da Lei nº 6.194/74, a indenização corresponderá a quarenta salários mínimos vigentes. 2. Já para os sinistros ocorridos após a legislação referida, a indenização se resumirá no valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), adotando-se o estipulado no art. 8º da Lei nº 11.482/2007. 3. Por fim, na hipótese de o sinistro ser efetivado após o advento da Medida Provisória nº 451, de 18.12.2008, convertida na Lei Complementar nº 11.945 de 24.06.2009 é que se adotará, para efeitos de indenização, os percentuais de gradação de invalidez por ela previstos. No caso em tela, o acidente ensejador da demanda ocorreu em 04.10.2009. A regra em vigor àquela época é, portanto, a Lei nº 11.945/09 (grifo nosso). De acordo com a determinação introduzida pela citada Lei, nos casos desta natureza a cobertura do seguro DPVAT é devida no montante de R\$ 13.500,00, sendo necessário quantificar o grau de invalidez para se obter o valor proporcional da indenização nos termos do artigo 31 da Lei nº 11.945/09. Portanto, entendo acertada a decisão de parcial procedência, proferida pelo juiz “a quo”, em face de haver restado sobejamente comprovada pelo exame complementar (fls.12) a ocorrência de seqüela definitiva do pé direito, com diversas perdas de mobilidade para o referido membro, que,





segundo o anexo da já referida lei, configura invalidez parcial (perda funcional completa de um dos pés) a ser indenizado segundo o percentual ali informado, qual seja, 50% (cinquenta por cento) do valor máximo da cobertura. Deste modo, o apelante Magno Galdino faz jus a indenização securitária no valor de 50% de R\$ 13.500,00 (teto máximo), qual seja, R\$ 6.750,00 (grifo nosso). Por oportuno, faço ver que anteriormente decidi em sentido contrário em caso análogo, no entanto, posteriormente me convenci ser a posição mais adequada esta que ora me inclino, pois em conformidade com o entendimento dominante do Superior Tribunal de Justiça(...)" (Proc. 0032929-89.2010.8.17.0001. PODER JUDICIÁRIO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE PERNAMBUCO, GABINETE DO DESEMBARGADOR EDUARDO SERTÓRIO, 3ª CÂMARA CÍVEL. Apelação Cível nº 230825-0. Apelante: Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A. Apelado: Magno Galdino do Nascimento. Relator: Eduardo Sertório
DECISÃO TERMINATIVA.

Em vista das alegações acima apontadas, torna-se notório o direito do Demandante em receber o complemento no valor de **R\$ 5.062,50 (cinco mil e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor pelo qual, corresponde a diferença que as rés deixaram de lhe pagar pela invalidez permanente, não restando outra alternativa ao Demandante, em ingressar com a presente ação, a fim de receber o valor correspondente ao referido complemento do seguro obrigatório – DPVAT, calculados com base no valor da data da efetiva liquidação.

Através da documentação que ora o Demandante acosta, comprova claramente sua debilidade permanente em decorrência do acidente de trânsito. Porém, na hipótese desse MM. Julgador entender que o Autor necessite de outra prova pericial, este não se opõe, todavia, deve ser observado que o mesmo não tem condições de arcar com honorários periciais. Em anexo a esta exordial, o Demandante acosta os quesitos que devem ser respondidos pelo perito a ser designado.

Certo que, a presente ação versa em torno do direito ou não do Demandante em receber a complementação da indenização do Seguro Obrigatório – DPVAT. A Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT, bem como as que compõem o *pool* gestor dessa modalidade de seguro, não firmam acordo e/ou é condenada a pagar, sem a realização da perícia técnica conclusiva, porque necessária realização de perícia médica para se verificar o tipo de lesão e seu respectivo grau, razão pela qual o Demandante concorda com sua realização.

A Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT, ora 2ª (segunda) Demandada, firmou um TERMO DE CONVÊNIO DE





COOPERAÇÃO INSTITUCIONAL ENTRE O TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE PERNAMBUCO – Convênio 05/2015, bem como, com os Tribunais de Justiça de outros Estados, onde a mesma está custeando todas as perícias médicas referente as ações do DPVAT, onde compromete-se a pagar o valor de R\$ 200,00 (Duzentos Reais) por perícia realizada. Tal pagamento será realizado após a perícia, no prazo de 15 (quinze) dias a contar da intimação para esse fim, conforme documentos acostados.

DO PEDIDO:

Ante o exposto, requer a V.Exa., com fundamento no Art. 3º, da Lei nº 6.194/74, alterada pelo Art.8º da Lei nº 11.482/07 e pela Lei nº 11.945/09, que a presente ação seja julgada totalmente procedente, para o fim de condenar as Demandadas ao pagamento do complemento da indenização em epígrafe no valor de **RS 5.062,50 (cinco mil e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, com os devidos acréscimos, bem como sejam ainda condenadas ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios a base de 30% (trinta por cento) sobre o valor da condenação.

Requer a citação da ARUANA SEGUROS S/A e da SEGURADORA LÍDER DE CONSÓRCIOS DE SEGUROS DPVAT, nos endereços indicados no preâmbulo da presente, para, querendo, contestarem a presente ação, sob pena de revelia e confissão.

Também, requer que sejam deferidos os benefícios da justiça gratuita aos pobres na forma da lei.

Considerando que, para o deslinde da causa, necessária se faz a prova pericial, requer que seja determinada a realização de perícia técnica judicial, por perito médico designado por esse MM. Juízo, cuja perícia será custeada pela Seguradora Líder, segunda Demandada, nos termos do Convênio firmado com o Tribunal do Justiça do Estado de Pernambuco.





Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em direito admitidos.

Declararam os peticionários da presente, sob pena de responder civil e criminalmente, sob as penas do Art.425, IV do CPC, que todos os documentos em cópia xerográficas, juntados à presente exordial, são cópias fiéis dos originais.

Dá-se à causa o valor de **RS 5.062,50 (cinco mil e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**.

Nestes termos,
Pede e espera deferimento.
Recife, 28 de maio de 2019.

JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA
OAB/PE N° 40.200

DINARA GUIMARÃES DA SILVA
OAB/PE N° 14.650

ISMAR TIBURTINO DOS SANTOS
OAB/PE N° 29.455

QUESITOS – PERÍCIA TÉCNICA

01. Qual o tipo de lesão sofrida pelo(a) autor(a), em decorrência do acidente de trânsito, mencionado na presente ação? Que membro(s) foi(ram) lesionado(s)?
02. As lesões sofridas pelo(a) autor(a) são compatíveis com os laudos médicos e/ou radiografias apresentados à perícia?
03. Descreva a definição de invalidez permanente de membro ou órgão em caráter definitivo.





04. Há possibilidade de cura ou recuperação significativa na lesão sofrida pelo(a) autor(a)?
05. Havendo sequelas, qual(is) o(s) tratamento(s) recomendado(s) para corrigi-la(s) ou atenuá-la(s)?
06. Há algum outro ponto que o Sr.(a). Perito(a) repute relevante sobre o exame pericial realizado.

