

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VI-  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 2002  
COMERCIAL 116 | PRONTID

Alendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800-21-00111-PRONTO  
Ouvidor: 0800-21-00111-PRONTO  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do  
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefone  
Agência Nacional de Energia Elétrica-  
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e

**DADOS DO CLIENTE**

JOSE PEDRO DA SILVA  
P/X. TERMINAL ONIBUS CORREGO DA GAME  
CPF: 025.858.654-01

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

RUA COR DA GAMEI, FIRA 626

JARDIM JORDAO/PRAZERES  
54320-325 JABOATAO DOS GUARABARABES PE

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.celine.com.br](http://www.celine.com.br).

DATA DE VENCIMENTO <b>11/07/2019</b>	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL <b>27/06/2019</b>	CONTA CONTRATO <b>000219340028</b>
TOTAL A PAGAR (R\$) <b>0,00</b>	DATA DA APRESENTAÇÃO <b>04/07/2019</b>	Nº DO CLIENTE <b>2002587054</b>
CLASSIFICAÇÃO <b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b>	NÚMERO DA NOTA FISCAL <b>067839573</b>	Nº DA INSTALAÇÃO <b>0001730378</b>
RESERVADO AO FISCO <b>EEFC.B107.5122.1ABA.E1AA.455B.3BA0.EABF</b>		

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE

DETALHES CADASTRADOS CORTE:			
Vencido	Dt Reav.	Valor	Vencido
14/11/18	04/07/19	205,74	13/08/18
15/10/18	07/11/18	128,75	13/08/18

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois (2) meses, poderão ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 29 REN 414/Anel. Podem ocorrer cobranças, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e Serasa.

Tarifas Aplicadas		Histórico do consumo	
Consumo Ativo (Wh)	8,54933000	JUN	19
		MAI	19
		ABR	19
		MAR	19
		FEV	19
		JAN	19
		DEZ	18
		NOV	18
		OUT	18
		SET	18
		AGO	18
		JUL	18
		JUN	18

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

DETALHAMENTO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AUSTE	CONSUMO - kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
0000000003130678792	CAT	14/06/2019	12.778,00	25/06/2019	12.778,00	22	1,00000	0,00	0,00

DATA PESQUISA PARA A PRÓXIMA SÉRIE: 2000-01-01

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUÇÕES

RESUMO DE INTERRUPÇÕES				
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.
abr/2019				
Dif-Nº de horas sem Energia		0,00	0,00	0,00
EMC-Nº de vezes sem Energia		0,00	0,00	0,00
DIFC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção no dia crítico			Limite D'CRI: 0,00	
EUSO-Valor do Encargo de Fiança		R\$ 0,00		

## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JÓAO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/2002  
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

GISELLE VALENCA DE MEDEIROS

CPF: 633.249.034-91

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA FRANCISCO ALVES 105 -PR AP-104  
COND EDFR SIGMA TRADE CENTERILHA DO LEITE/RECIFE  
50070-490 RECIFE PE

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](http://www.celpe.com.br)

## DATA DE VENCIMENTO

01/10/2019

## TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

## DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

17/09/2019

## DATA DA APRESENTAÇÃO

24/09/2019

## NÚMERO DA NOTA FISCAL

077894342

CONTA CONTRATO  
002525983016Nº DO CLIENTE  
2001355309Nº DA INSTALAÇÃO  
0002995198

## CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES  
Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

D577.11A4.4325.7F7F.D584.9005.3DE4.0FA8

## DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	222,00	0,77952320	173,05
Acréscimo Bandeira VERMELHA			12,60
Contrib. Ilum. Pública Municipal			31,09
ICMS Subvenção-CDE-NF 070199557-18/07/19			1,66
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>218,40</b>

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS		COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO
185,65	25,00	46,41	185,65	0,81	1,50
			185,65	3,72	6,90

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO		
			kWh
Consumo Ativo(kWh)	0,54833003		
SET	19		222
AGO	19		223
JUL	19		236
JUN	19		255
MAI	19		256
ABR	19		242
MAR	19		250
FEV	19		251
JAN	19		106
DEZ	18		271
NOV	18		239
OUT	18		273
SET	18		226

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MÉDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA		
MC61974	CAT	18/08/2019	53.169,00	17/09/2019	53.391,00	29	1.000000 0,00 222,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 18/10/2019

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
Jul/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	GAZOMETRO	0,00	4,71	9,43	18,86
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,11	6,22	12,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,60	0,00	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico			Límite DICR: 12,32		
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 66,24					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos Indicadores DIC, FIC, DMIC e DICR a qualquer tempo.					

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ag correios forum ruy barbosa: avenida advogado jeso paulo cavalcanti ilha joana bezerra / unifar: avenida lins petit boa vista lista completa em [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br).  
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).  
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.  
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 prx. mês.  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

## NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
002525983016	09/2019	0,00	01/10/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

## PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## 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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/2002  
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

GISELLE VALENCA DE MEDEIROS

CPF: 633.249.034-91

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA FRANCISCO ALVES 105 -PR AP-104  
COND EDFR SIGMA TRADE CENTERILHA DO LEITE/RECIFE  
50070-490 RECIFE PE

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](http://www.celpe.com.br)

## DATA DE VENCIMENTO

01/10/2019

## TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

## DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

17/09/2019

## DATA DA APRESENTAÇÃO

24/09/2019

## NÚMERO DA NOTA FISCAL

077894342

CONTA CONTRATO  
002525983016Nº DO CLIENTE  
2001355309Nº DA INSTALAÇÃO  
0002995198

## CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES  
Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

D577.11A4.4325.7F7F.D584.9005.3DE4.0FA8

## DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	222,00	0,77952320	173,05
Acréscimo Bandeira VERMELHA			12,60
Contrib. Ilum. Pública Municipal			31,09
ICMS Subvenção-CDE-NF 070199557-18/07/19			1,66
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>218,40</b>

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS		COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO
185,65	25,00	46,41	185,65	0,81	1,50
			185,65	3,72	6,90

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO		
			kWh
Consumo Ativo(kWh)	0,54833003		
SET	19		222
AGO	19		223
JUL	19		236
JUN	19		255
MAI	19		256
ABR	19		242
MAR	19		250
FEV	19		251
JAN	19		106
DEZ	18		271
NOV	18		239
OUT	18		273
SET	18		226

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MÉDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA		
MC61974	CAT	18/08/2019	53.169,00	17/09/2019	53.391,00	29	1.000000 0,00 222,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 18/10/2019

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
Jul/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	GAZOMETRO	0,00	4,71	9,43	18,86
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,11	6,22	12,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,60	0,00	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico			Límite DICR: 12,32		
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 66,24					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos Indicadores DIC, FIC, DMIC e DICR a qualquer tempo.					

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ag correios forum ruy barbosa: avenida advogado jeso paulo cavalcanti ilha joana bezerra / unifar: avenida lins petit boa vista lista completa em [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br).  
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).  
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.  
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 prx. mês.  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

## NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
002525983016	09/2019	0,00	01/10/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

## PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

# DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

## PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Giselle Valenea de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 633.249.034, 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 107.942.264-18,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 107.942.264 / 18, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

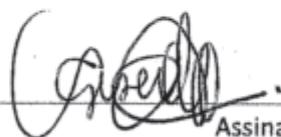
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

Endereço:	<u>Rua Francisco Calves</u>	Número:	<u>105</u>	Complemento:	<u>104</u>
Bairro:	<u>Ilha do Leite</u>	Cidade:	<u>Recife</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:				CEP:	
				Tel.(DDD):	

Local e Data: Recife, 02 de Dezembro, 2019



Assinatura do Declarante

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 519700

Data e Hora do Atendimento: 30/08/2019 22:26

Usuário do Atendimento: JACIANEBO

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA

Prontuário: 119722

Nome da Mãe: MARIA ROSANGELA DE OLIVEIRA SILVA

Nome do Pai: JOSE PEDRO DA SILVA

Data do Nascimento: 24/12/1994

Idade: 24 anos

Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG: 9023046

SDS PE Data Emissão:

CPF: 10794226418

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Carteira Nacional SUS: 709501647687970

Ocupação Habitual: OUTROS

Endereço: RUA TIAGO MENDES CAVALCANTE 625

JARDIM JORDAO

Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES

PE CEP: 54315297

Fone: 982323941

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: BOMBEIRO

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 01

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestesias, 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, 30/08/2019

Assinatura e R.G. do Responsável:

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta:

mei HCMa

Diagnóstico:

Frat - DIFEUR lma e

Procedimento:

catgossim lxa (1) tranc retimo

Alta em: 02/09/2019

Hora: 12:00h Dr. Igor ADUFAV

Médico CRM-PE 27779

Médico e C.R.M:

02 SET 2019

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G:

*02/09/2019*  
Hosp. Dom Helder Camara  
02/09/2019  
Amal  
Dr. Igor Adufaf  
02 SET 2019  
H - Hospital Dom Helder Camara  
Solange Lyra  
Faturamento / SAME  
05 SET 2019

## Resumo de Alta Hospitalar

PACIENTE: LEONARDO OLIVEIRA SILVA

REGISTRO: 119772

IDADE: 24

DATA ADMISSÃO: 30/08/2019

DATA ALTA: 02/09/2019

### 6) Diagnósticos Definidos:

ARTURA DIAFISE DE TIBIA ESQUERDA

### 7) Conduta/ Procedimentos Realizados:

TEOSSINTESE COM HASTE INTRAMEDULAR

### 8) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

### 9) Informações Complementares:

ANTER MEMBROS ELEVADOS DURANTE REPOUSO

REALIZAR COM FREQUÊNCIA MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO

INICIAR FISIOTERAPIA APÓS 15 DIAS

CONSULTA SEMANAL NO CONSULTÓRIO DIÁRIO EM POSTO DE SAÚDE

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 2 SEMANA

### Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (  ) Data da Consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2019  
Não (  )

### Natura do Médico e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco – SES /PE  
Hospital Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar  
Av. Metropolitano Sul – Dom Helder Câmara  
a BR 101 Sul – KM 95, CEP 54.510-000  
e Santo Agostinho – PE



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de  
retorno ambulatorial no HDH.

Dr. Igor Abultrab  
Médico Presidente PE 27773  
02 SET 2019

Atendimento: 519669

Data e Hora: 30/08/2019 16:54

Senha da Classificação:

0045

Paciente: 119772 LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 24/12/1994 Idade: 24 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: MARIA ROSANGELA DE OLIVEIRA SILVA Nome do Pai: JOSE PEDRO DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: XISTO PESSOA DE LUNA NETO

CRM: 16635

Endereço: RUA TIAGO MENDES CAVALC --

625

Bairro: JARDIM JORDAO

Cidade/UF: JABOATAO DOS GUARARAPES PE

Usuário Atendimento: SANDRACKA

RG (Identidade): 9023046

SDS PE

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 10794226418

Fone: 982323941

Cartão SUS:

Data de Emissão CRN:

### RESUMO DE TRATAMENTO

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

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

#### Queixa Principal

Pcte vítima DG ACINUTRE metacirculário vaga perna  
DG constrição cu vômito. TGFERINPO per intensa co  
tuz @.

#### Exame Físico

liveroc, cruentado, gmagau ls.  
Uteruscuscu presenpac.  
pulsc diminuia(?)  
mochlimus presenpac

#### Hipótese Diagnóstico

Luxação n.tuz@.

#### Conduta Terapêutica

at/ia d. C.R.S

#### Prescrição Médica

ATENDIDO Ver file 1/2 aux EV 16:45 Regalia  
1- SFC,S/ 100 ml +ctmp trimol (G) 98700  
2- ex seric trans +tuz  
30 AGO 2019

Carimbo/Médico

423523

#### EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE \_\_\_\_\_  
LEITO DO PACIENTE \_\_\_\_\_

1) Verne

2) CRM-PB 221  
3) CRM-PB 221  
4) CRM-PB 221  
5) CRM-PB 221  
6) CRM-PB 221  
7) CRM-PB 221  
8) CRM-PB 221  
9) CRM-PB 221  
10) CRM-PB 221  
11) CRM-PB 221  
12) CRM-PB 221  
13) CRM-PB 221  
14) CRM-PB 221  
15) CRM-PB 221  
16) CRM-PB 221  
17) CRM-PB 221  
18) CRM-PB 221  
19) CRM-PB 221  
20) CRM-PB 221  
21) CRM-PB 221  
22) CRM-PB 221  
23) CRM-PB 221  
24) CRM-PB 221  
25) CRM-PB 221  
26) CRM-PB 221  
27) CRM-PB 221  
28) CRM-PB 221  
29) CRM-PB 221  
30) CRM-PB 221  
31) CRM-PB 221  
32) CRM-PB 221  
33) CRM-PB 221  
34) CRM-PB 221  
35) CRM-PB 221  
36) CRM-PB 221  
37) CRM-PB 221  
38) CRM-PB 221  
39) CRM-PB 221  
40) CRM-PB 221  
41) CRM-PB 221  
42) CRM-PB 221  
43) CRM-PB 221  
44) CRM-PB 221  
45) CRM-PB 221  
46) CRM-PB 221  
47) CRM-PB 221  
48) CRM-PB 221  
49) CRM-PB 221  
50) CRM-PB 221  
51) CRM-PB 221  
52) CRM-PB 221  
53) CRM-PB 221  
54) CRM-PB 221  
55) CRM-PB 221  
56) CRM-PB 221  
57) CRM-PB 221  
58) CRM-PB 221  
59) CRM-PB 221  
60) CRM-PB 221  
61) CRM-PB 221  
62) CRM-PB 221  
63) CRM-PB 221  
64) CRM-PB 221  
65) CRM-PB 221  
66) CRM-PB 221  
67) CRM-PB 221  
68) CRM-PB 221  
69) CRM-PB 221  
70) CRM-PB 221  
71) CRM-PB 221  
72) CRM-PB 221  
73) CRM-PB 221  
74) CRM-PB 221  
75) CRM-PB 221  
76) CRM-PB 221  
77) CRM-PB 221  
78) CRM-PB 221  
79) CRM-PB 221  
80) CRM-PB 221  
81) CRM-PB 221  
82) CRM-PB 221  
83) CRM-PB 221  
84) CRM-PB 221  
85) CRM-PB 221  
86) CRM-PB 221  
87) CRM-PB 221  
88) CRM-PB 221  
89) CRM-PB 221  
90) CRM-PB 221  
91) CRM-PB 221  
92) CRM-PB 221  
93) CRM-PB 221  
94) CRM-PB 221  
95) CRM-PB 221  
96) CRM-PB 221  
97) CRM-PB 221  
98) CRM-PB 221  
99) CRM-PB 221  
100) CRM-PB 221  
101) CRM-PB 221  
102) CRM-PB 221  
103) CRM-PB 221  
104) CRM-PB 221  
105) CRM-PB 221  
106) CRM-PB 221  
107) CRM-PB 221  
108) CRM-PB 221  
109) CRM-PB 221  
110) CRM-PB 221  
111) CRM-PB 221  
112) CRM-PB 221  
113) CRM-PB 221  
114) CRM-PB 221  
115) CRM-PB 221  
116) CRM-PB 221  
117) CRM-PB 221  
118) CRM-PB 221  
119) CRM-PB 221  
120) CRM-PB 221  
121) CRM-PB 221  
122) CRM-PB 221  
123) CRM-PB 221  
124) CRM-PB 221  
125) CRM-PB 221  
126) CRM-PB 221  
127) CRM-PB 221  
128) CRM-PB 221  
129) CRM-PB 221  
130) CRM-PB 221  
131) CRM-PB 221  
132) CRM-PB 221  
133) CRM-PB 221  
134) CRM-PB 221  
135) CRM-PB 221  
136) CRM-PB 221  
137) CRM-PB 221  
138) CRM-PB 221  
139) CRM-PB 221  
140) CRM-PB 221  
141) CRM-PB 221  
142) CRM-PB 221  
143) CRM-PB 221  
144) CRM-PB 221  
145) CRM-PB 221  
146) CRM-PB 221  
147) CRM-PB 221  
148) CRM-PB 221  
149) CRM-PB 221  
150) CRM-PB 221  
151) CRM-PB 221  
152) CRM-PB 221  
153) CRM-PB 221  
154) CRM-PB 221  
155) CRM-PB 221  
156) CRM-PB 221  
157) CRM-PB 221  
158) CRM-PB 221  
159) CRM-PB 221  
160) CRM-PB 221  
161) CRM-PB 221  
162) CRM-PB 221  
163) CRM-PB 221  
164) CRM-PB 221  
165) CRM-PB 221  
166) CRM-PB 221  
167) CRM-PB 221  
168) CRM-PB 221  
169) CRM-PB 221  
170) CRM-PB 221  
171) CRM-PB 221  
172) CRM-PB 221  
173) CRM-PB 221  
174) CRM-PB 221  
175) CRM-PB 221  
176) CRM-PB 221  
177) CRM-PB 221  
178) CRM-PB 221  
179) CRM-PB 221  
180) CRM-PB 221  
181) CRM-PB 221  
182) CRM-PB 221  
183) CRM-PB 221  
184) CRM-PB 221  
185) CRM-PB 221  
186) CRM-PB 221  
187) CRM-PB 221  
188) CRM-PB 221  
189) CRM-PB 221  
190) CRM-PB 221  
191) CRM-PB 221  
192) CRM-PB 221  
193) CRM-PB 221  
194) CRM-PB 221  
195) CRM-PB 221  
196) CRM-PB 221  
197) CRM-PB 221  
198) CRM-PB 221  
199) CRM-PB 221  
200) CRM-PB 221  
201) CRM-PB 221  
202) CRM-PB 221  
203) CRM-PB 221  
204) CRM-PB 221  
205) CRM-PB 221  
206) CRM-PB 221  
207) CRM-PB 221  
208) CRM-PB 221  
209) CRM-PB 221  
210) CRM-PB 221  
211) CRM-PB 221  
212) CRM-PB 221  
213) CRM-PB 221  
214) CRM-PB 221  
215) CRM-PB 221  
216) CRM-PB 221  
217) CRM-PB 221  
218) CRM-PB 221  
219) CRM-PB 221  
220) CRM-PB 221  
221) CRM-PB 221  
222) CRM-PB 221  
223) CRM-PB 221  
224) CRM-PB 221  
225) CRM-PB 221  
226) CRM-PB 221  
227) CRM-PB 221  
228) CRM-PB 221  
229) CRM-PB 221  
230) CRM-PB 221  
231) CRM-PB 221  
232) CRM-PB 221  
233) CRM-PB 221  
234) CRM-PB 221  
235) CRM-PB 221  
236) CRM-PB 221  
237) CRM-PB 221  
238) CRM-PB 221  
239) CRM-PB 221  
240) CRM-PB 221  
241) CRM-PB 221  
242) CRM-PB 221  
243) CRM-PB 221  
244) CRM-PB 221  
245) CRM-PB 221  
246) CRM-PB 221  
247) CRM-PB 221  
248) CRM-PB 221  
249) CRM-PB 221  
250) CRM-PB 221  
251) CRM-PB 221  
252) CRM-PB 221  
253) CRM-PB 221  
254) CRM-PB 221  
255) CRM-PB 221  
256) CRM-PB 221  
257) CRM-PB 221  
258) CRM-PB 221  
259) CRM-PB 221  
260) CRM-PB 221  
261) CRM-PB 221  
262) CRM-PB 221  
263) CRM-PB 221  
264) CRM-PB 221  
265) CRM-PB 221  
266) CRM-PB 221  
267) CRM-PB 221  
268) CRM-PB 221  
269) CRM-PB 221  
270) CRM-PB 221  
271) CRM-PB 221  
272) CRM-PB 221  
273) CRM-PB 221  
274) CRM-PB 221  
275) CRM-PB 221  
276) CRM-PB 221  
277) CRM-PB 221  
278) CRM-PB 221  
279) CRM-PB 221  
280) CRM-PB 221  
281) CRM-PB 221  
282) CRM-PB 221  
283) CRM-PB 221  
284) CRM-PB 221  
285) CRM-PB 221  
286) CRM-PB 221  
287) CRM-PB 221  
288) CRM-PB 221  
289) CRM-PB 221  
290) CRM-PB 221  
291) CRM-PB 221  
292) CRM-PB 221  
293) CRM-PB 221  
294) CRM-PB 221  
295) CRM-PB 221  
296) CRM-PB 221  
297) CRM-PB 221  
298) CRM-PB 221  
299) CRM-PB 221  
300) CRM-PB 221  
301) CRM-PB 221  
302) CRM-PB 221  
303) CRM-PB 221  
304) CRM-PB 221  
305) CRM-PB 221  
306) CRM-PB 221  
307) CRM-PB 221  
308) CRM-PB 221  
309) CRM-PB 221  
310) CRM-PB 221  
311) CRM-PB 221  
312) CRM-PB 221  
313) CRM-PB 221  
314) CRM-PB 221  
315) CRM-PB 221  
316) CRM-PB 221  
317) CRM-PB 221  
318) CRM-PB 221  
319) CRM-PB 221  
320) CRM-PB 221  
321) CRM-PB 221  
322) CRM-PB 221  
323) CRM-PB 221  
324) CRM-PB 221  
325) CRM-PB 221  
326) CRM-PB 221  
327) CRM-PB 221  
328) CRM-PB 221  
329) CRM-PB 221  
330) CRM-PB 221  
331) CRM-PB 221  
332) CRM-PB 221  
333) CRM-PB 221  
334) CRM-PB 221  
335) CRM-PB 221  
336) CRM-PB 221  
337) CRM-PB 221  
338) CRM-PB 221  
339) CRM-PB 221  
340) CRM-PB 221  
341) CRM-PB 221  
342) CRM-PB 221  
343) CRM-PB 221  
344) CRM-PB 221  
345) CRM-PB 221  
346) CRM-PB 221  
347) CRM-PB 221  
348) CRM-PB 221  
349) CRM-PB 221  
350) CRM-PB 221  
351) CRM-PB 221  
352) CRM-PB 221  
353) CRM-PB 221  
354) CRM-PB 221  
355) CRM-PB 221  
356) CRM-PB 221  
357) CRM-PB 221  
358) CRM-PB 221  
359) CRM-PB 221  
360) CRM-PB 221  
361) CRM-PB 221  
362) CRM-PB 221  
363) CRM-PB 221  
364) CRM-PB 221  
365) CRM-PB 221  
366) CRM-PB 221  
367) CRM-PB 221  
368) CRM-PB 221  
369) CRM-PB 221  
370) CRM-PB 221  
371) CRM-PB 221  
372) CRM-PB 221  
373) CRM-PB 221  
374) CRM-PB 221  
375) CRM-PB 221  
376) CRM-PB 221  
377) CRM-PB 221  
378) CRM-PB 221  
379) CRM-PB 221  
380) CRM-PB 221  
381) CRM-PB 221  
382) CRM-PB 221  
383) CRM-PB 221  
384) CRM-PB 221  
385) CRM-PB 221  
386) CRM-PB 221  
387) CRM-PB 221  
388) CRM-PB 221  
389) CRM-PB 221  
390) CRM-PB 221  
391) CRM-PB 221  
392) CRM-PB 221  
393) CRM-PB 221  
394) CRM-PB 221  
395) CRM-PB 221  
396) CRM-PB 221  
397) CRM-PB 221  
398) CRM-PB 221  
399) CRM-PB 221  
400) CRM-PB 221  
401) CRM-PB 221  
402) CRM-PB 221  
403) CRM-PB 221  
404) CRM-PB 221  
405) CRM-PB 221  
406) CRM-PB 221  
407) CRM-PB 221  
408) CRM-PB 221  
409) CRM-PB 221  
410) CRM-PB 221  
411) CRM-PB 221  
412) CRM-PB 221  
413) CRM-PB 221  
414) CRM-PB 221  
415) CRM-PB 221  
416) CRM-PB 221  
417) CRM-PB 221  
418) CRM-PB 221  
419) CRM-PB 221  
420) CRM-PB 221  
421) CRM-PB 221  
422) CRM-PB 221  
423) CRM-PB 221  
424) CRM-PB 221  
425) CRM-PB 221  
426) CRM-PB 221  
427) CRM-PB 221  
428) CRM-PB 221  
429) CRM-PB 221  
430) CRM-PB 221  
431) CRM-PB 221  
432) CRM-PB 221  
433) CRM-PB 221  
434) CRM-PB 221  
435) CRM-PB 221  
436) CRM-PB 221  
437) CRM-PB 221  
438) CRM-PB 221  
439) CRM-PB 221  
440) CRM-PB 221  
441) CRM-PB 221  
442) CRM-PB 221  
443) CRM-PB 221  
444) CRM-PB 221  
445) CRM-PB 221  
446) CRM-PB 221  
447) CRM-PB 221  
448) CRM-PB 221  
449) CRM-PB 221  
450) CRM-PB 221  
451) CRM-PB 221  
452) CRM-PB 221  
453) CRM-PB 221  
454) CRM-PB 221  
455) CRM-PB 221  
456) CRM-PB 221  
457) CRM-PB 221  
458) CRM-PB 221  
459) CRM-PB 221  
460) CRM-PB 221  
461) CRM-PB 221  
462) CRM-PB 221  
463) CRM-PB 221  
464) CRM-PB 221  
465) CRM-PB 221  
466) CRM-PB 221  
467) CRM-PB 221  
468) CRM-PB 221  
469) CRM-PB 221  
470) CRM-PB 221  
471) CRM-PB 221  
472) CRM-PB 221  
473) CRM-PB 221  
474) CRM-PB 221  
475) CRM-PB 221  
476) CRM-PB 221  
477) CRM-PB 221  
478) CRM-PB 221  
479) CRM-PB 221  
480) CRM-PB 221  
481) CRM-PB 221  
482) CRM-PB 221  
483) CRM-PB 221  
484) CRM-PB 221  
485) CRM-PB 221  
486) CRM-PB 221  
487) CRM-PB 221  
488) CRM-PB 221  
489) CRM-PB 221  
490) CRM-PB 221  
491) CRM-PB 221  
492) CRM-PB 221  
493) CRM-PB 221  
494) CRM-PB 221  
495) CRM-PB 221  
496) CRM-PB 221  
497) CRM-PB 221  
498) CRM-PB 221  
499) CRM-PB 221  
500) CRM-PB 221  
501) CRM-PB 221  
502) CRM-PB 221  
503) CRM-PB 221  
504) CRM-PB 221  
505) CRM-PB 221  
506) CRM-PB 221  
507) CRM-PB 221  
508) CRM-PB 221  
509) CRM-PB 221  
510) CRM-PB 221  
511) CRM-PB 221  
512) CRM-PB 221  
513) CRM-PB 221  
514) CRM-PB 221  
515) CRM-PB 221  
516) CRM-PB 221  
517) CRM-PB 221  
518) CRM-PB 221  
519) CRM-PB 221  
520) CRM-PB 221  
521) CRM-PB 221  
522) CRM-PB 221  
523) CRM-PB 221  
524) CRM-PB 221  
525) CRM-PB 221  
526) CRM-PB 221  
527) CRM-PB 221  
528) CRM-PB 221  
529) CRM-PB 221  
530) CRM-PB 221  
531) CRM-PB 221  
532) CRM-PB 221  
533) CRM-PB 221  
534) CRM-PB 221  
535) CRM-PB 221  
536) CRM-PB 221  
537) CRM-PB 221  
538) CRM-PB 221  
539) CRM-PB 221  
540) CRM-PB 221  
541) CRM-PB 221  
542) CRM-PB 221  
543) CRM-PB 221  
544) CRM-PB 221  
545) CRM-PB 221  
546) CRM-PB 221  
547) CRM-PB 221  
548) CRM-PB 221  
549) CRM-PB 221  
550) CRM-PB 221  
551) CRM-PB 221  
552) CRM-PB 221  
553) CRM-PB 221  
554) CRM-PB 221  
555) CRM-PB 221  
556) CRM-PB 221  
557) CRM-PB 221  
558) CRM-PB 221  
559) CRM-PB 221  
560) CRM-PB 221  
561) CRM-PB 221  
562) CRM-PB 221  
563) CRM-PB 221  
564) CRM-PB 221  
565) CRM-PB 221  
566) CRM-PB 221  
567) CRM-PB 221  
568) CRM-PB 221  
569) CRM-PB 221  
570) CRM-PB 221  
571) CRM-PB 221  
572) CRM-PB 221  
573) CRM-PB 221  
574) CRM-PB 221  
575) CRM-PB 221  
576) CRM-PB 221  
577) CRM-PB 221  
578) CRM-PB 221  
579) CRM-PB 221  
580) CRM-PB 221  
581) CRM-PB 221  
582) CRM-PB 221  
583) CRM-PB 221  
584) CRM-PB 221  
585) CRM-PB 221  
586) CRM-PB 221  
587) CRM-PB 221  
588) CRM-PB 221  
589) CRM-PB 221  
590) CRM-PB 221  
591) CRM-PB 221  
592) CRM-PB 221  
593) CRM-PB 221  
594) CRM-PB 221  
595) CRM-PB 221  
596) CRM-PB 221  
597) CRM-PB 221  
598) CRM-PB 221  
599) CRM-PB 221  
600) CRM-PB 221  
601) CRM-PB 221  
602) CRM-PB 221  
603) CRM-PB 221  
604) CRM-PB 221  
605) CRM-PB 221  
606) CRM-PB 221  
607) CRM-PB 221  
608) CRM-PB 221  
609) CRM-PB 221  
610) CRM-PB 221  
611) CRM-PB 221  
612) CRM-PB 221  
613) CRM-PB 221  
614) CRM-PB 221  
615) CRM-PB 221  
616) CRM-PB 221  
617) CRM-PB 221  
618) CRM-PB 221  
619) CRM-PB 221  
620) CRM-PB 221  
621) CRM-PB 221  
622) CRM-PB 221  
623) CRM-PB 221  
624) CRM-PB 221  
625) CRM-PB 221  
626) CRM-PB 221  
627) CRM-PB 221  
628) CRM-PB 221  
629) CRM-PB 221  
630) CRM-PB 221  
631) CRM-PB 221  
632) CRM-PB 221  
633) CRM-PB 221  
634) CRM-PB 221  
635) CRM-PB 221  
636) CRM-PB 221  
637) CRM-PB 221  
638) CRM-PB 221  
639) CRM-PB 221  
640) CRM-PB 221  
641) CRM-PB 221  
642) CRM-PB 221  
643) CRM-PB 221  
644) CRM-PB 221  
645) CRM-PB 221  
646) CRM-PB 221  
647) CRM-PB 221  
648) CRM-PB 221  
649) CRM-PB 221  
650) CRM-PB 221  
651) CRM-PB 221  
652) CRM-PB 221  
653) CRM-PB 221  
654) CRM-PB 221  
655) CRM-PB 221  
656) CRM-PB 221  
657) CRM-PB 221  
658) CRM-PB 221  
659) CRM-PB 221  
660) CRM-PB 221  
661) CRM-PB 221  
662) CRM-PB 221  
663) CRM-PB 221  
664) CRM-PB 221  
665) CRM-PB 221  
666) CRM-PB 221  
667) CRM-PB 221  
668) CRM-PB 221  
669) CRM-PB 221  
670) CRM-PB 221  
671) CRM-PB 221  
672) CRM-PB 221  
673) CRM-PB 221  
674) CRM-PB 221  
675) CRM-PB 221  
676) CRM-PB 221  
677) CRM-PB 221  
678) CRM-PB 221  
679) CRM-PB 221  
680) CRM-PB 221  
681) CRM-PB 221  
682) CRM-PB 221  
683) CRM-PB 221  
684) CRM-PB 221  
685) CRM-PB 221  
686) CRM-PB 221  
687) CRM-PB 221  
688) CRM-PB 221  
689) CRM-PB 221  
690) CRM-PB 221  
691) CRM-PB 221  
692) CRM-PB 221  
693) CRM-PB 221  
694) CRM-PB 221  
695) CRM-PB 221  
696) CRM-PB 221  
697) CRM-PB 221  
698) CRM-PB 221  
699) CRM-PB 221  
700) CRM-PB 221  
701) CRM-PB 221  
702) CRM-PB 221  
703) CRM-PB 221  
704) CRM-PB 221  
705) CRM-PB 221  
706) CRM-PB 221  
707) CRM-PB 221  
708) CRM-PB 221  
709) CRM-PB 221  
710) CRM-PB 221  
711) CRM-PB 221

21:30 - on general -

Vitro de videlle motociclos  
há t 6 novos. No molte nove  
variações ou desmatos. Negociação

EF 66, corado, nivatado

NO 512 in st 301

Abdoule aigette

$K \rightarrow$  Pd de fibra/fibra.

Q) Rta da corujoz gelol  
• pos del olo olo da CROTALIDA

#OnTopofWa#

~~110 15131~~

45h Paciente refut a avenida motociclistas há 10 horas com trauma em perna E.

Nega pedido de consideração em reuniões.

Concern: Estera 2+1/4+ ear pale & deformed.

### Nervousular processes

## C.D. Intervento

do  
Vinicius S. Couto  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 25.593-PE

# HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

Data e hora retirada da senha: 30/08/2019 16:30

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP



**Nome Paciente:** LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA  
**Cód. Paciente:**  
**Data de Nascimento:** 24/12/1994  
**Sexo:** Masculino  
**Idade:** 24 anos  
**Senha:** 0045  
**Convênio:**  
**Atendimento:**  
**SAME:**

Período: 30/08/2019 16:47 - 30/08/2019 16:49

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

Prioridade:

**EMERGENCIA - VERMELHO**

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

PCT TRAZIDO PELO BOMBEIRO, COM QUADRO DE DOR EM MIE, APOS QUEDA DE MOTO. PASSOU DIRETO PRA SALA VERMELHA

Observação:

NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA

Exograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR INTENSA (8-10/10)

Especialidade:

CIRURGIA GERAL

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

Data Impressão: 30/08/2019 16:49

## HISTÓRIA CLÍNICA

### Identificação

Nome: Leonardo de Oliveira Registro: 159774 Nº Atendimento: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: Silva Cor: \_\_\_\_\_ Acompanhante: ( ) Sim - ( ) Não  
Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

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

História da Doença Atual: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Paciente refere acidente motociclistico com  
trauma encefálico, hoje.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Interrogatório Sintomatológico: Dor.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Exame Físico: Edema de 14+ + deformidade em  
perna E.

Permeabilidade pressurizada

7

Antecedentes Pessoais: φ

1

Medicações em Uso φ

φ

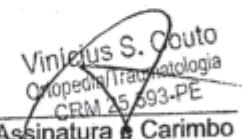
Antecedentes Familiares: φ

Hipótese Diagnóstica Principal: Fratura de ossos da perna E

Hipóteses Diagnósticas Secundárias: φ

Plano Terapêutico: Internar.

Cabo de Santo Agostinho, 30/08/14

  
Vinícius S. Couto  
Ortopedia/Trumatologia  
CRM 25.693-PE  
Assinatura e Carimbo

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Leonardo da Vinci Sis. \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

Clinica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: 405 Leito: 04

Data/Hora	Atendente Social
30/08/19 12:05h	Realizado atendimento social. A esposa do pct. se repre. qd é mesmo risiko com as im- pactos, aqrs pessm Alenc. Bárbara de Sáud. Prestadas orientações sobre os direitos e diretrizes do processo do PSS e seguro DPVAT.
	Unidade Hídrica O. Ijuí / Hospital Dom Hélder Câmara Assistente Social Selange Lyra Faturamento / SAME Em:
02.09.19 15:30h	Psicologia- Pct visitado no momento o encontro foi alerta orientado, receptivo, sem queixas. Realizado elaboração positiva de possível alta hospitalar.
	Márcia Cassia Guerra Psicóloga / CRP: 11044 DH - Hospital Dom Hélder Câmara Selange Lyra Faturamento / SAME Em:



## SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

**DATA: 31/8/2019 10:02**

## **EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

<b>NOME: LEONARDO OLICEIRA</b>		
	<b>ENFERMARIA/ LEITO 405-4</b>	<b>119625</b>

**405-4**

## **EVOLUÇÃO CLINICA**

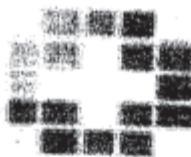
### **EVOLUÇÃO**

**HD: FRATURA FEMUR**

**OSSOS DA Perna. EM BOM ESTADO GERAL., AGUARDA TTO CIRURGICO**

**CONDUTA AGUARDA CIRURGIA**

Dr. 1807 A31  
Médico CRM-PE 077  
31 AGO. 2019



**SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA**

**DATA: 2/9/2019 12:30**

**EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

<b>NOME</b>	<b>LEONARDO OLIVEIRA SILVA</b>	<b>119772</b>

**EVOLUÇÃO CLINICA  
ALTA ORTOPEDIA**

**HD: FRATURA DIAFISE DE TIBIA ESQUERDA**

**CD: FIXAÇÃO COM HASTE PFN**

**PCT EM BOM ESTADO GERAL APÓS TTO CIRURGICO. NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL, FERIMENTO SEM SAIDA DE SECREÇÃO PURULENTA. SEM SINAIS**

**INFECCIOSOS**

**EXAME FISICO:**

**1)EGR/AAA/LOTE/EUPNEICO**

**2) GLASGOW 15**

**3) NERUOVASCULAR (+)**

**ALTA SOB ORIENTAÇÃO DR BRUNO**

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

Dr. Igor Abutrab  
Médico | CRM-PE 27778  
01 SET. 2019

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Leonardo de Oliveira Serra Registro: M9772

Clinica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: 405 Leito: 02

Data: 31/08/19

Paciente: Leonardo de Oliveira Síria

Peso Atual: 88 Peso Habitual: \_\_\_\_\_

Altura: 1,86

Idade: 24

Registro: 119772

Leito: 405.4
**Parte 1 – Triagem Inicial**

	SIM	NÃO
Paciente Apresenta IMC < 20,5?	<u>25,4</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
Houve Perda de Peso nos Últimos 3 meses?		<input checked="" type="checkbox"/>
Houve Redução na Ingesta de alimentos na última semana?		<input checked="" type="checkbox"/>
Paciente apresenta doença grave, está em mau estado geral, ou UTI?		<input checked="" type="checkbox"/>

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

**NÃO:** Se a resposta for "não" para todas as questões, reavalie o paciente semanalmente.

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

**Parte 2 – Triagem do Risco Nutricional**

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

**Pontuação (Estado nutricional) + Pontuação (gravidade da doença) = Escore total = 0 *AVU Primário***

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

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

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

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

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

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

*Selvano*  
Dr. Selvano Simões de Mello  
Nutricionista  
CRN 6340

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

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

**Ficha de Cirurgia Descritiva**

Aviso de Cirurgia : 42786

Paciente : 119772

Convênio Atend. : 1

Leito : 718

Dt. Início :

Cid Pré-Operatório :

Cid Pós-Operatório :

Sala : 0002 SALA 02

LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA

Atendimento : 519700

SUS - INTERNACAO

Carteira :

405 - 04 - LT TRAUMA

Idade : 24 Anos

Dt. Fim : 01/09/2019 15:39

Procedimento: 0408050500 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 86

RAQUI ANESTESIA + SEDACAO

**Equipe Médica**

CIRURGIA

17411 AVRAHAM MACHADO COSTA FERREIRA

**Descrição**

**Descrição Cirúrgica :**

DDH/ANTISEPSIA/ASSEPSIA/ANESTESIA

ACESSO ANTERIOR DE JOELHO PARA PATELAR

**Risco Cirúrgico :**

DDH/ANTISEPSIA/ASSEPSIA/ANESTESIA

ACESSO ANTERIOR DE JOELHO ESQUERDO

PARAPATELAR MEDIAL AO TENDAO PATELAR

APOSICAO DE HIM DE TIBIA 90/380

POSCIONAMENTO A MAO LIVRE DE PARAFUSOS DE BLOQUEIO, 2 DISTAIS 1 PROXIMAL + PARAFUSO TAMPAO

LIMPEZA CIRURGICA

SUTURA COM NYLON E VICRYL

**achados Cirúrgicos:**

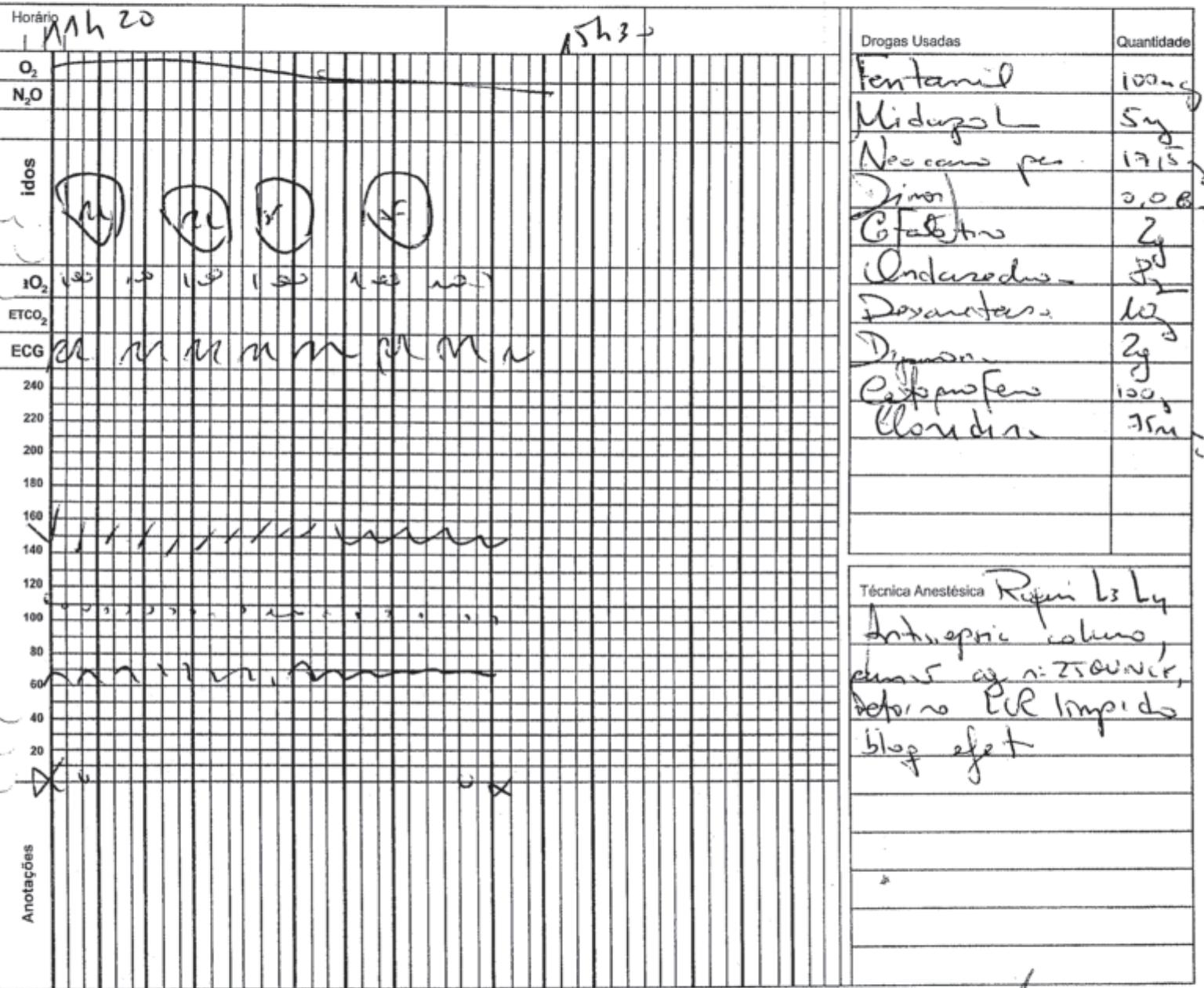
**Descrição Complementar**

DR(A) : AVRAHAM MACHADO COSTA FERREIRA  
CRM : 17411

Hospital Dom Helder Câmara  
Solange Lyra  
Faturamento / SAME  
05 SET. 2019

01/09/19

Paciente				Sexo	Cor	Idade	Risco
CRM				M	F	24	TE
Nome do Anestesista				Nome do Cirurgião			
Medicação Pré-anestésica							
Cirurgia				Urgência	<input type="checkbox"/> NÃO	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	
Res 119 772							
Abd. tib. E							



Técnica Anestésica: Ropiv 1,3 Lg  
Ant. epine colino,  
etomid ag. 200mg,  
dep. no LCR limpidos  
bloq efet

Monitorização	<input type="checkbox"/> BIS	
<input type="checkbox"/> Cardioscópio	<input type="checkbox"/> Temperatura	
<input type="checkbox"/> Oxímetro	<input type="checkbox"/> Swan-Ganz	
<input type="checkbox"/> PNI	<input type="checkbox"/> Analisador Gases	
<input type="checkbox"/> Sonda Vesical	<input type="checkbox"/> PVC	
<input type="checkbox"/> Capnógrafo	<input type="checkbox"/> Estimulador de Nervo	
<input type="checkbox"/> Estet. Pré-Cordial	<input type="checkbox"/> Linha Arterial	
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Volemia IBP Plus	
Encaminhado	<input type="checkbox"/> Acordado	
	<input type="checkbox"/> Sonolento	
	<input type="checkbox"/> Intubado	
	<input type="checkbox"/> SRPA	
	<input type="checkbox"/> Apart/Enf.	
	<input type="checkbox"/> UTI	
	<input type="checkbox"/> Externo	
Intercorrência:	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	
Descrever:	<p>Int. Hospital Dom Helder Câmara Solange Lyra Faturamento SAME 05 SET. 2019</p>	
Observações:	<p><i>J. An 10 15/3/19</i></p>	
Assinatura de Anestesista		



HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA

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

Nome: Leandro da Silveira, SidneiRegistro: 1977

Leito:

Procedimento cirúrgico: Abdômen FrouxoData: 01/09/2018

Hora:

**DIAGNÓSTICO****INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM****HORÁRIOS**

<b>1. Ansiedade</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Encorajar verbalização dos sentimentos e medos	
	<input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar apoio emocional	
	<input checked="" type="checkbox"/> Dar informação ao paciente e familiares	
	<input type="checkbox"/> Outros	
	<input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado	
	<input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário	
	<input type="checkbox"/> Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz	
<b>2. Ventilação prejudicada</b> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Manter o paciente em posição de Fowler	
	<input type="checkbox"/> Anotar horário/valor de queda da saturação. FC e FR	
	<input type="checkbox"/> Instalar <input type="checkbox"/> Manter <input type="checkbox"/> Anotar oximetria de pulso	
	<input type="checkbox"/> Outros	
	<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de <u>1/1</u> h	
	<input checked="" type="checkbox"/> Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen)	
	<input checked="" type="checkbox"/> Re colocar o paciente em posição de Fowler	
<b>3. Padrão de eliminação urinária</b> <input checked="" type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> Aumentado	<input checked="" type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hidrica, se não houver restrição	
	<input checked="" type="checkbox"/> Registrar se: <input type="checkbox"/> Dor ao urinar	
	<input checked="" type="checkbox"/> Abaulamento em região suprapúbica <input checked="" type="checkbox"/> Ausência de diurese espontânea	
	<input type="checkbox"/> outros	
	<input checked="" type="checkbox"/> Vérificar qual posição adequada do paciente	
	<input checked="" type="checkbox"/> Avaliar a localização e a intensidade da dor	
	<input type="checkbox"/> Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação	
<b>4. Dor</b> <input checked="" type="checkbox"/> Local: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa	<input checked="" type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da dor	
	<input checked="" type="checkbox"/> Registrar características e intensidades da dor	
	<input checked="" type="checkbox"/> outros	
	<input type="checkbox"/> Descrever características da lesão	
	<input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo a cada <u>24/24</u> h	<u>09</u>
	<input type="checkbox"/> Realizar mudança de deúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação	
	<input type="checkbox"/> Medir débito de dreno de <u>1/1</u> h	
<b>5. Integridade tissular prejudicada</b> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por <u>24</u> h	
	<input type="checkbox"/> Outros	
	<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de <u>1/1</u> min	
	<input type="checkbox"/> Manter elevado: _____	
	<input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo oclusivo	
	<input type="checkbox"/> Outros	
	<input type="checkbox"/> Pinçar dreno ao manusear o paciente	
<b>7. Imobilidade no leito prejudicada</b> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Avaliar mobilização de dreno (Tracionado)	
	<input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição: _____	

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
8. Desidratação ( )	<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspectos da diurese a cada / h <input type="checkbox"/> Avaliar e registrar umidade de mucosa <input type="checkbox"/> Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária <input type="checkbox"/> Registrar turgor e elasticidade da pele <input type="checkbox"/> outros	
9. Êmese ( ) Náusea ( )	<input type="checkbox"/> Registrar aspectos e quantidade de episódios <input type="checkbox"/> Verificar posicionamento da SNG/SNE <input type="checkbox"/> Manter decúbito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada <input type="checkbox"/> Outros	
10. Temperatura Corporal ( ) Diminuída ( ) Elevado	<input type="checkbox"/> Aferir temperatura de / h e comunicar se estiver abaixo de 35º C ou acima de 37ºC <input type="checkbox"/> Em caso de hipotermia aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica <input type="checkbox"/> Em caso de hipertermia retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente <input type="checkbox"/> Outros	
11. Choque Hipovolêmico ( )	<input checked="" type="checkbox"/> Aferir sinais vitais a cada 15/10 min. <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar coloração e umidade da pele <input type="checkbox"/> Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O. Verificar sinais como: ( ) Taquicardia; ( ) Palidez cutânea; ( ) Pulso irregular; ( ) Pele fria; ( ) Perda da Consciência Outros	
12. Risco de Infecção ( )	<input type="checkbox"/> Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização <input checked="" type="checkbox"/> Registrar e anotar sinais flogísticos Local: F.O. AV.P <input type="checkbox"/> Examinar F.O. e registrar alterações ( / dor; / ) Calor; ( / ) Rubor; ( / ) Edema. <input type="checkbox"/> Outros	
	( ) Outros	

G - Sonda Nasogástrica

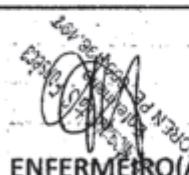
PA - Pressão Arterial

FC: Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso Enteral

HGT - Hemoglicoteste

AVP - Acesso Venoso Periférico



ENFERMEIRO(A) - D -

ENFERMEIRO(A) - N -

TÉC. EM ENFERMAGEM - D -

TÉC. EM ENFERMAGEM - N -

ASSINATURA E CARIMBO

ASSINATURA E CARIMBO

CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM  
AUXILIAR/TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: Leonardo de Oliveira Silva Registro: 119772  
 Clínica: Ortopédia Enfermaria: S.R Leito: 01  
 Sexo: M Peso de admissão: — Kg Peso Atual: — Kg

Hipótese Diagnóstica:

HORA: 15:50 PLANTÃO DIURNO: DATA: 01/09/19

Estado Geral:  Regular  Grave  Gravíssimo  
 Dieta:  VO  SNG  SNE  SML  SOG  Dieta Zero  
 Padrão Respiratório:  Eupneico  Taquipneico  Bradigêico  
 Acesso Venoso:  Periférico  Central Local: M.S.D  
 Curativo:  Sim  Não Local:  
 Drenos:  Sim  Não Local:  
 Evacuações:  Presente  Ausente Aspecto:  
 Observações: Paciente E.G.R., admitido na S.R. às 15:50  
Consciente, orientado, eupneico, hipocreado, pele intacta,  
medicado conforme C.P.M., segue aos cuidados da  
Enfermagem.

Auxiliar / Técnico de Enfermagem: Daniela 001 L 20021

HORA: — PLANTÃO NOTURNO: DATA: — / —

Estado Geral:  Regular  Grave  Gravíssimo  
 Dieta:  VO  SNG  SNE  SML  SOG  Dieta Zero  
 Padrão Respiratório:  Eupneico  Taquipneico  Bradigêico  
 Acesso Venoso:  Periférico  Central Local:  
 Curativo:  Sim  Não Local:  
 Drenos:  Sim  Não Local:  
 Evacuações:  Presente  Ausente Aspecto:  
 Observações: —

Auxiliar / Técnico de Enfermagem: —

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Técnico de Enfermagem	Horário	Responsável



# HOSPITAL **DOM HELDER CÂMARA**



## IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

## 1. Identificação

1. Identificação	Silveira				
Nome:	Leonardo de Oliveira	Data:	01/09/19	Registro:	119772
Convênio:	SUS	Leito:		Hora:	10:15

## 2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. Abraham 1º auxiliar: \_\_\_\_\_  
Anestesista: Dr. Alvarenga Instrumentador: \_\_\_\_\_  
Circulante: Raquel \_\_\_\_\_



MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

PACIENTE:	Leonardo de Oliveira Sines			DATA:	01/09/19		
CIRURGÃO:	Dr. Anderson			RG:	19772		
ANESTESISTA:	Drs. Amny			AUXILIAR:	Pragui + sedações		
CIRURGIA:	Prp. ev. Fractura de Tibio e P			ANESTESIA:			
ESTRUMENTADOR:	Kathine			COORDENAÇÃO DO BLOCO:	Amny		
CIRCULANTE:	Raquel			COREN:			
ENFERMEIRA:	Danielle			HORARIO INICIAL:	11:50		
DESCRÍÇÃO MATERIAL USADO EM SALA				DESCRÍÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
<b>AGULHAS</b>							
13X4,5	25X7	25X8	40X12	<b>DRENOS</b>			
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27	KHER 8	KHER 10		
<b>ATADURAS</b>							
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM	KHER 18	SUCCAO 3,2		
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM		BLAKER 19FR	TORAX 20		
<b>CANULAS</b>							
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5	TORAX 28	TORAX 30		
RAQUEOST 9,0				<b>SONDAS</b>			
<b>CATETER</b>							
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16	ENTERAL 10	ENTERAL 12		
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18	ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ. 2,0		
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24		ENDOTRAQ. 3,5	ENDOTRAQ. 4,0		
<b>LIMPADORES</b>							
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400	ENDOTRAQ. 5,5	ENDOTRAQ. 6,0		
<b>CURATIVOS</b>							
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX	ENDOTRAQ. 7,5	ENDOTRAQ. 8,0		
<b>EQUIPOS</b>							
BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SORO MACRO	FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16		
<b>EXTENSORES</b>							
20CM	40CM	60CM	120CM	FOLEY 2VIAS 06	FOLEY 2VIAS 08		
<b>LAMINAS</b>							
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20	FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16		
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6		FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20		
<b>LUVAS</b>							
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5	NASO 10	NASO 12		
<b>SERINGAS</b>							
1ML	3ML	5ML	10ML	NASO 18	NASO 20		
20ML	60ML	60ML CATETER		URETRAL 6	URETRAL 8		
<b>AVENTAL CIRUR.</b>							
B5. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/ VIDEO			CROMADO 0	CROMADO 1	
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXAO 2VIAS	CONEXAO 4VIAS			CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GAZES	GELFOAN			SIMPLES 5-0	NYLON 2-0
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA			NYLON 5-0	NYLON 6-0
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO			NYLON 10-0	POLIESTER 2
						POLIESTER 4-0	POLIESTER 5
						PROLENE 2-0	PROLENE 3-0
						VICRYL 0	VICRYL 1
						VICRYL 4-0	CERA P/ OSSO
						SEDA 2-0	SEDA 3-0
						SURGIGEL 5X75	AÇO 1
							AÇO 4
							AÇO 6

CÓD. 3840

MEDICAMENTOS DA SALA CIRURGICA

DESCRÍÇÃO MEDICAMENTO USADO EM SALA	QUANTIDADE	DESCRÍÇÃO MEDICAMENTO USADO EM SALA	QUANTIDADE
ÁGUA BIDESTILADA C/10ML		METRONIDAZOL 5MG/100ML	
ÁGUA BIDESTILADA C/500ML		MIDAZOLAM 5MG/3ML	
ALFENTANIL 0,5MG/5ML		MILRINONA 1MG/20ML (PRIMACOR)	
ATRACURIM 25MG/2,5ML		MORFINA 0,2MG/1ML	
ATROPINA 0,25 MG/1ML		MORFINA 10MG/1ML	
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% C/10ML		MORFINA 1MG/2ML	
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% C/250ML		NALOXONA 0,4MG/1ML	
BUPIVACAINA C/ADRENALINA 0,5% C/20ML		NEOMICINA + BACITRACINA POMADA	
BUPIVACAINA ISOBARICA 0,5% C/4ML		NEOSTIGMINA 0,5MG/1ML	
BUPIVACAINA PESADA 0,5% C/4ML		NIPRIDE 25MG/2ML	
BUPIVACAINA S/ADRENALINA 0,5% C/20ML		NORADRENALINA 4MG/4ML	
CEFALOTINA 1G IV/IM		OMEPRAZOL 40MG IV	
CEFAZOLINA 1G IV		ONDASETRONA 8MG/4ML	
CEFTRIAXONA 1G IV		PANCURONIO 2MG/2ML	
CETOPROFENO 100MG IV		PAPAVERINA 50MG/2ML	
CIPROFLOXACINA 200MG/100ML		PETIDINA 50MG/2ML	
CLONIDINA 150MCG/1ML		PROPOFOL 10MG/20ML	
CLONIDINA 150MCG/1ML		PROTAMINA 1% C/5ML	
CLORETO DE POTÁSSIO 10% C/10ML		REMIFENTANIL 2MG (ULTIVA)	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/1000ML		RINGER C/LACTATO 500ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/100ML		RONCURONIO 50MG/5ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/250ML		SEVOFLURANO 100ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/500ML		SOLUÇÃO CARDIO'PLEGICA C/10ML	
DEXAMETAZONA 4MG/2,5ML		SULFATO DE MAGNESIO 50% C/10ML	
DEXTROCETAMINA 10ML (CETAMINA S+)		SULFENTANIL CITRATO 5MCG/2ML	
DIAZEPAM 10MG/2ML		SUXAMETONIO 100MG	
DIFENIDRAMINA 50MG/1ML		TRAMADOL 50MG/1ML	
DIPIRONA 500MG/2ML		TRIGUICERÍDEOS CADEIA (TCM) 200ML	
DOBUTAMINA 250MG/20ML		VITAMINA C 500MG/5ML	
DOPAMINA 50MG/10ML		VOLUVEN 6% C/500ML	
EPINEFRINA 1MG/1ML			
ETILEFRINA 10MG/1ML			
ETOMIDATO 2MG/10ML			
FENTANIL 0,0785MG/10ML			
FENTANIL 0,0785MG/2ML			
FLUMAZENIL 0,1MG/5ML			
FUROSEMIDA 10MG/2ML			
GENTAMICINA 80MG/2ML			
GLICOSE 10% C/500ML			
GLICOSE 5% C/500ML			
GLICOSE 50% C/10ML			
GLUCONATO DE CÁLCIO 10% C/10ML			
HEPARINA SÓDICA 5.000UI/ML C/5ML			
HIDROCORTISONA 500MG			
IPSILON 4G C/20ML			
LIDOCAINA 2% C/ADRENALINA C/20ML			
LIDOCAINA 2% S/ADRENALINA C/20ML			
LIDOCAINA 2% GEL			
MANITOL 20% C/250ML			
METARAMINOL 10MG (ARAMIN)			
METIL PREDNISOLONA 500MG			
METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML			
METOPROLOL 5MG/5ML (SELOKEN)			

**FUND. MARTINIANO FERNANDES**

Registro: 119772  
Nome: LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA  
Mãe: MARIA ROSANGELA DE OLIVEIRA SILVA  
End.: RUA TIAGO MENDES CAVALCANTE  
Enferm.: 405 - 04 - LT TRAUMA

**CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA**

Atendimento: 519700

Leito: 718

Dt.Cad: 30/08/2019  
Dt. Nasc: 24/12/1994  
Bairro: JARDIM JORDAO  
Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES  
CNS: 709501647687970

**ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA**

- Confirmação sobre o paciente  
 • Identificação do paciente  
 • Local da cirurgia a ser feita  
 • Procedimento a ser realizado  
 • Consentimento informado realizado
- Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica  
 Checagem do equipamento anestésico  
 Oxímetro de pulso instalado e funcionando  
 O paciente tem alguma alergia?  
 Não  
 Sim \_\_\_\_\_

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

- Não  
 Sim e há equipamento disponível

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

- Não  
 Sim e há equipamento disponível

**ANTES DE INICIAR A CIRURGIA**

- Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões  
 O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam  
 • Identificação do paciente  
 • Local da cirurgia a ser feita  
 • Procedimento a ser realizado
- Antecipação de eventos críticos:**  
 Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia?  
 Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? *1 h 45*  
 Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente?  
 Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? *Sim*

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- Sim  
 Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

- Sim *RX*  
 Não se aplica

**ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA**

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- Nome do procedimento realizado *990 Cirurg. Frst. qibne*  
 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 *Sim*  
 O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente *Sim*

GEREN PG 000.400.197  
Entrevista  
Data: 2023-08-24  
Assinatura: *[Signature]*

*Pos-OP/3RPA*

HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA

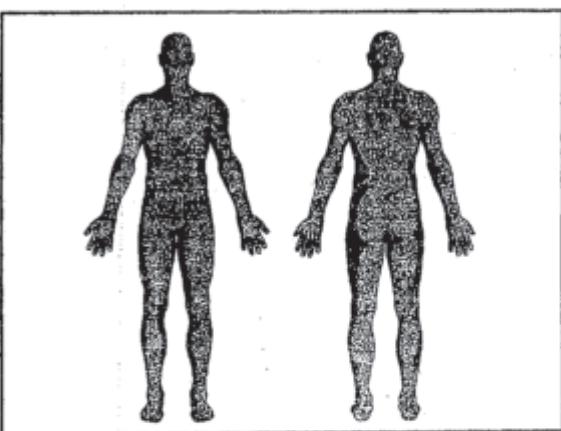
Data: 30/08/99

## CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

Hora: 06:00



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome: <u>Juarez Alves Silva</u>	
Data de Nascimento: <u>24/12/94</u>	Registro: <u>839770</u>
Setor: <u>TPO</u>	Leito: <u>405-04</u>



SINAIS VITAIS		
PA: <u>130x90</u>	T: <u>36,5</u>	HGT:
Observação:		

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

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

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

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE					
JEJUM:	SIM ( <input checked="" type="checkbox"/> )	NÃO ( <input type="checkbox"/> )	À partir do dia: <u>1/1/</u> às : _____	Observação: _____	
HIGIENIZAÇÃO:	SIM ( <input checked="" type="checkbox"/> )	NÃO ( <input type="checkbox"/> )	Observação: _____		
TRICOTOMIA:	SIM ( <input type="checkbox"/> )	NÃO ( <input type="checkbox"/> )	Observação: _____		
RETIRADO ADORNOS:	SIM ( <input checked="" type="checkbox"/> )	NÃO ( <input type="checkbox"/> )	RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA:	SIM ( <input type="checkbox"/> )	NÃO ( <input type="checkbox"/> )
CIRURGIAS ANTERIORES:	SIM ( <input type="checkbox"/> )	Quais/Datas: _____			
NÃO ( <input type="checkbox"/> )					
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE:	SIM ( <input type="checkbox"/> )	Quais/Datas: _____			
NÃO ( <input type="checkbox"/> )					
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:	SIM ( <input type="checkbox"/> )	Observação: _____		LATERALIDADE	SIM ( <input type="checkbox"/> ) Observação: _____
NÃO ( <input type="checkbox"/> )			DEMARCADA:	NÃO ( <input type="checkbox"/> )	

Enfermeiro Responsável: \_\_\_\_\_

(Assinar e Carimbar)

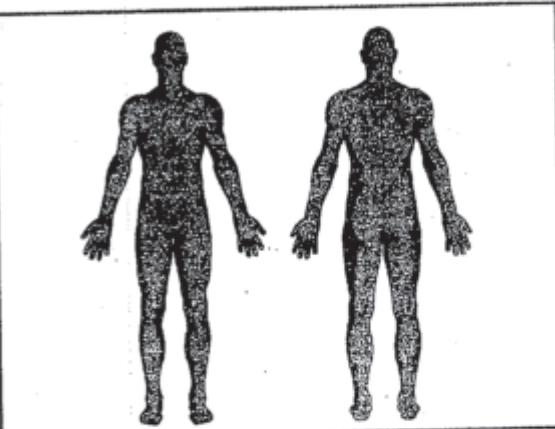
CÓD. 38404

CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

Data: \_\_\_\_\_

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome: <i>Leonardo de Oliveira Silva</i>	
Data de Nascimento: <i>24/12/92</i>	Registro: <i>19777</i>
Setor: <i>SD</i>	Leito: <i>405 - 4</i>



SINAIS VITAIS		
PA:	T:	HGT:
Observação:		

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

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

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

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE				
JEJUM:	SIM ( <input checked="" type="checkbox"/> )	NÃO( )	À partir do dia: <i>31/12/11</i> às <i>22h</i>	Observação: _____
HIGIENIZAÇÃO:	SIM ( <input checked="" type="checkbox"/> )	NÃO( )	Observação: _____	
TRICOTOMIA:	SIM ( )	NÃO ( <input checked="" type="checkbox"/> )	Observação: _____	
RETIRADO ADORNOS:	SIM ( <input checked="" type="checkbox"/> )	NÃO( )	RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA:	SIM ( ) NÃO( )
CIRURGIAS ANTERIORES:	SIM ( )	Quais/Datas: _____		
	NÃO( <input checked="" type="checkbox"/> )			
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE:	SIM ( )	Quais/Datas: _____		
	NÃO( <input checked="" type="checkbox"/> )			
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:	SIM ( )	Observação: _____	LATERALIDADE DEMARCADA:	SIM ( ) Observação: _____
	NÃO( <input checked="" type="checkbox"/> )			NÃO( ) _____

Enfermeiro Responsável: *Donato*

(Assinar e Carimbar)

CORLEN-PE 389.77-ENF  
Enfermeiro Luis Gonçalves Santos

CÓD. 38404



## Resumo de Alta Hospitalar

PACIENTE: LEONARDO OLIVEIRA SILVA

REGISTRO: 119772

IDADE: 24

DATA ADMISSÃO: 30/08/2019

DATA ALTA: 02/09/2019

### 6) Diagnósticos Definidos:

FRATURA DIAFISE DE TIBIA ESQUERDA

### 7) Conduta/ Procedimentos Realizados:

OSTEOSSINTESE COM HASTE INTRAMEDULAR

### 8) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

### 9) Informações Complementares:

1) MANTER MEMBROS ELEVADOS DURANTE REPOUSO

2) FAZER COM FREQUÊNCIA MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO

3) INICIAR FISIOTERAPIA APÓS 15 DIAS

4) CURATIVO DIÁRIO EM POSTO DE SAÚDE

5) RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 2 SEMANA

### Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (  ) Data da Consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2019

Não (  )

### Assinatura do Médico e Carimbo

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



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de  
retorno ambulatorial no HDH.

Dr. Igor Abutra  
Médico / CRM-PE 27779  
02 SET. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE  
CARTÓRIOS NACIONAIS DE HABILITAÇÃO

PE

VALIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

1485363157

LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF  
9023046 SDS PE

CPF  
107.942.264-18 DATA NASCIMENTO  
24/12/1994

FILIAÇÃO  
JOSE PEDRO DA SILVA  
MARIA ROSANGELA DE OLIVEIRA SILVA

PERMISSÃO  
AB ACC CAT. HAB  
AB C

Nº REGISTRO  
06555829843 VALIDEZ  
23/09/2022 HABILITAÇÃO  
29/01/2016

OBSERVAÇÕES  
EAR

Leonardo de Oliveira Silva  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
JABOATÃO DOS GUARARAPES, PE DATA EMISSÃO  
16/09/2017

Charles Andrews Souza Ribeiro  
Diretor Presidente  
ASSINATURA DO EMISSOR  
81618865074  
PE001600411

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR

1485363157



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0434892/19

**Vítima:** LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA

**CPF:** 107.942.264-18

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 30/08/2019

**Titular do CPF:** LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA

**Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

### GISELLE VALENCA DE MEDEIROS : 633.249.034-91

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

### LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA : 107.942.264-18

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/12/2019  
Nome: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS  
CPF: 633.249.034-91

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2019  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

\_\_\_\_\_  
GISELLE VALENCA DE MEDEIROS

\_\_\_\_\_  
JULIANA BEZERRA DE LUNA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190679426      **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA      **Data do acidente:** 30/08/2019      **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 10/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (HASTE INTRAMEDULAR) E ALTA MÉDICA. PÁG 2/10/25

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190679426      **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA      **Data do acidente:** 30/08/2019      **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 10/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (HASTE INTRAMEDULAR) E ALTA MÉDICA. PÁG 2/10/25

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0434892/19

**Vítima:** LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA

**CPF:** 107.942.264-18

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 30/08/2019

**Titular do CPF:** LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA

**Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

### GISELLE VALENCA DE MEDEIROS : 633.249.034-91

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

### LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA : 107.942.264-18

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/12/2019  
Nome: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS  
CPF: 633.249.034-91

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2019  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

\_\_\_\_\_  
GISELLE VALENCA DE MEDEIROS

\_\_\_\_\_  
JULIANA BEZERRA DE LUNA

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

---

Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190679426**

**Vítima: LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA**

**Data do Acidente: 30/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

**Rio de Janeiro, 22 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190679426**

**Vítima: LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA**

**Data do Acidente: 30/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

**Recebedor: LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA**

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

**Banco: 001**

**Agência: 000002988-2**

**Conta: 0000049437-2**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	107.942.264-18	LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA	107.942.264-18		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
COMERCIÁRIO	RUA COR DA GAMELEIRA	625	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
JARDIM JORDÃO/PRÄZERES	JABORATÓ	PE	54320-325
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 819 83161306 16 - Tel.(DDD): 819 83161306		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL (001)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

AGÊNCIA:  CONTA:  (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) AGÊNCIA:  CONTA:  (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 Lider 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

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casada (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nasцturo (vai nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avôs vivos?  Sim  Não

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

34 Assinatura digitalizada vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1 <sup>a</sup>   Nome: _____ CPF: _____  Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2 <sup>a</sup>   Nome: _____ CPF: _____  Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	40 - Local e Data, RECIFE, 3 DE DEZEMBRO 2019 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



564396  
0434892/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 019ª CIRCUNSCRICAO - PRAZERES - DP19ºCIRC DIM/6ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º **19E0109007272**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/10/2019** às **16:26**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 30/8/2019 às 15:30**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA DA BATALHA 1 ATE 1001, 1** - Bairro: **PRAZERES - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA / EM FRENTE A COMPESA , ( PORTA LARGA )**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESENCONHECIDO ( AUTOR / AGENTE )**  
**JOSE PEDRO DA SILVA ( OUTRO )**  
**LEONARDO OLIVEIRA DA SILVA ( VITIMA )**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): LEONARDO OLIVEIRA DA SILVA**

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

**LEONARDO OLIVEIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino** Mãe: **MARIA ROSANGELA DE OLIVEIRA SILVA** Pai: **JOSÉ PEDRO DA SILVA** Data de Nascimento: **24/12/1994** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9023046/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **COMERCIARIO**  
Endereço Residencial: **RUA TIAGO MENDES CAVALCANTI, 625 - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM JORDAO - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JOSÉ PEDRO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

**MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSÉ PEDRO DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): LEONARDO OLIVEIRA DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 TITAN** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

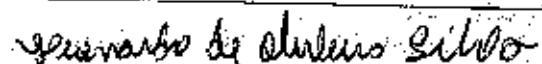
Placa: **PDX2893** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Ano Fabricação/Modelo: 2017/2018

## Complemento / Observação

**RELATA A VÍTIMA QUE NO LOCAL ACIMA MENCIONADO, VINHA CONDUZINDO MOTOCICLETA SUPRACITADA, QUANDO COLIDIU COM UM CICLISTA QUE ATRAVESSAVA A RUA, ONDE APÓS COLIDIR PERDEU O CONTROLE DA MOTO, BATENDO NO MEIO FIO E CAINDO EM SOLO, SENDO SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL DOM HELDER CAMARA.**

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



**LEONARDO OLIVEIRA DA SILVA  
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **GERALDO MOTA DE ARAÚJO JÚNIOR** - Matrícula: **3847721**

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	107.942.264-18	LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA	107.942.264-18		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
COMERCIÁRIO	RUA COR DA GAMELEIRA	625	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
JARDIM JORDÃO/PRÄZERES	JABORATÓ	PE	54320-325
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 819 83161306 16 - Tel.(DDD): 819 83161306		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
--------------------------------------------

18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
----------------------------------	----------------------------------------

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
----------------------------------------

RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL (001)
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------

AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> (Informar o dígito se existir)
---------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casada (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------

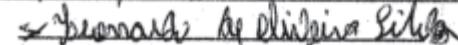
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nasцturo (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim país/avôs vivos? <input type="checkbox"/> Não
------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------

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

34 Assinatura digitalizada vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1ª   Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2ª   Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RECIFE, 3 DE DEZEMBRO 2019



41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

**C E R T I D Ã O**

**Certidão nº 2019APH001015 Div. Op.**

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(a). LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA, 24 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 9023046 SDSPE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 107.942.264-18, residente à RUA THIAGO MENDES CAVALCANTI, nº 625, JD JORDAO, JABOATAO DOS GUARARAPES-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 30/08/2019, por volta das 15:35 hs, no endereço: ESTRADA DA BATALHA, S/N, PRAZERES JABOATÃO DOS GUARARAPES-PE, referente a um(a) QUEDA DE MOTOCICLETA, envolvendo MOTOCICLCETA HONDA TITAN VERMELHA PDX2893-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(a) LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA, inscrito sob o CPF nº 107.942.264-18 e Registro Geral nº 9023046, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710268-2 INOSOJA. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DOM HELDER. Registrado(a) com o prontuário nº 119772. Ficou aos cuidados do médico XX, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 05/10/2019

*A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH001015*

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02988-2

CONTA: 000000049437-2

---

Nr. da Autenticação 2E381E3F37046593