

2a VIA



CELPE

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 24/04/2002
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO
 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800-22-0800
 Ouvidor a 0800-22-0800
 Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
 Agência Nacional de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do
 Mercado de Energia Elétrica - ANEEL-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefone
 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e

0001730378

El SO-Valor de Encargo de Iiso = R\$ 0,00

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 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE GISELLE VALENCA DE MEDEIROS CPF: 633.249.934-81	DATA DE VENCIMENTO 01/10/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 17/09/2019	CONTA CONTRATO 002525983016
	TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA DA APRESENTAÇÃO 24/09/2019	Nº DO CLIENTE 2001355309
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA FRANCISCO ALVES 105-PR AP-104 COND EDPR SIGMA TRADE CENTER ILHA DO LEITE/RECIFE 50070-490 RECIFE PE	CLASSIFICAÇÃO B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES Monofásico		Nº DA INSTALAÇÃO 0002995198
	RESERVADO AO FISCO D577.11A4.4325.7F7F.D584.9005.3DE4.0FA8		
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.celpa.com.br			

DESCRICAÇÃO 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
TOTAL DA FATURA			218,40

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,54833603		kWh
		SET 19	222
		AGO 19	223
		JUL 19	236
		JUN 19	265
		MAI 19	256
		ABR 19	242
		MAR 19	250
		FEV 19	251
		JAN 19	196
		DEZ 18	271
		NOV 18	239
		OUT 18	273
		SET 18	221
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
	R\$	%	
Geração de Energia	64,05	34,50	
Transmissão	6,42	3,46	
Distribuição (Ccpa)	38,95	20,98	
Encargos Setoriais	9,15	4,93	
Tributos	54,81	29,52	
Perdas de Energia	12,27	6,61	
TOTAL	185,65	100	

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

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	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	1,00000	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
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 12,22		
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 66,24					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos Indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você ag correios forum ruy barbosa: avenida advogado jose paulo cavalcanti ilha joana bezerra / unilar: avenida lins petit boa vista Lista completa em www.celpa.com.br. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em 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 próx. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padres 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

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 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

CPF: 633.249.934-91

01/10/2019

0,00

NÚMERO DA NOTA FISCAL
077894342

Nº DA INSTALAÇÃO
0002995198

ILHA DO LEITE/RECIFE
50070-490 RECIFE PE

B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES
Monofásico

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

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

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
TOTAL DA FATURA			218,40

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

Consumo Ativo(kWh)	0,5483300
--------------------	-----------

SET	19		222
AGO	19		223
JUL.	19		236
JUN	19		265
MAI	19		286
ABR	19		242
MAR	19		259
FEV	19		251
JAN	19		196
DEZ	18		271
NOV	18		239
OUT	18		273
SET	18		226

	R\$	%
Geração de Energia	64,05	34,50
Transmissão	6,42	3,46
Distribuição (Culpa)	38,95	20,98
Encargos Setoriais	9,15	4,93
Tributos	54,81	29,52
Perdas de Energia	12,27	6,61
TOTAL	185,65	100

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
MC61974	CAT	19/08/2019	53,169,00	17/09/2019	53,391,00	29	1,00000	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			
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 12,22					
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 66,24								
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.								

Pague no ponto mais perto de você ag correios forum ruy barbosa: avenida advogado jose paulo cavalcanti ilha joana bezerra / unilar: avenida lins petit boa vista Lista completa em www.celpa.com.br. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em 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 próx. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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 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)

Capitais 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF².

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

Pelo exposto, eu Giselle Valença de Menezes

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 Alves</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
Usuário do Atendimento: JACIANEBO

Data e Hora do Atendimento: 30/08/2019 22:26
Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA
Nome da Mãe: MARIA ROSANGELA DE OLIVEIRA SILVA
Data do Nascimento: 24/12/1994
Estado Civil: SOLTEIRO
CPF: 10794226418
Naturalidade:
Carteira Nacional SUS: 709501647687970
Endereço: RUA TIAGO MENDES CAVALCANTE 625
Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES
Nome do Pai: JOSE PEDRO DA SILVA
Idade: 24 anos
Sexo: MASCULINO
RG: 9023046
Certidão de Nascimento:
Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO
Ocupação Habitual: OUTROS
SDS PE
Data Emissão:
Data Emissão:
Fone: 982323941

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: BOMBEIRO
Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA
Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA
CRM: 17726
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, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 30/08/2019

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: melhorado
Diagnóstico: Frao - Diferença
Procedimento: cateterismo
Alta em: 02/09/2019 Hora: 12:00h
Médico e C.R.M.: Dr. Igor Abulafia
Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____
Assinatura e R.G.: _____

Hospital Dom Helder Camara
02/09/2019

Hospital Dom Helder Camara
Solenge Lyra
Faturamento / SAME
Em: 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:

ATURA 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

FAZER COM FREQUÊNCIA MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO

INICIAR FISIOTERAPIA APÓS 15 DIAS

RECEBER DIÁRIO EM POSTO DE SAÚDE

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 2 SEMANA

Prescrição Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X) Data da Consulta: ___/___/2019

Não ()

Assinatura do Médico e Carimbo

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



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de
retorno ambulatorial no HDH.

Dr. Igor Abutrab
Médico PE 27778
02 SET. 2019

Atendimento: 519669

Senha da Classificação:

0045

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

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 GUARARAPE PE Usuário Atendimento: SANDRACA

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 de acidente motociclista veio para
de construção do vômito. TGFerimpo por imobilizar
TLZ @.

Exame Físico

lucroc. cruentado. GMSGALIS.
Ulceração presente.
pulso diminuído
mutilação presente

Diagnóstico

LUXAÇÃO no TAZ @.

Conduta Terapêutica

at 1/4 de C.F.

Prescrição Médica

ATENDIDO 1/2 amp EV 1645 Raga
1- SFC, 5% 100ml + clmp trans (G) 8800
2L 2X SFC trans + TLZ 30 AGO 2019

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE: _____
LEITO DO PACIENTE: _____

A Verna

30 AGO 2019

21:30 - em geral -

Vitua de acidente motociclista
há ± 6 horas. No momento não
vai ao trabalho. Negado álcool

EF/AB, corado, hidratado
MDS/R KU 2+ BNR
Abdomen amolecido

K + Fide tibia/fibula

CD: Rta da cirurgia geral
- pos laiolos da ORTOPEDIA

END MDS/R
15/3/10

#Ortopedia#

21h Paciente refuz a admitir motociclista há 10 horas

com trauma em perna E.

Nega perda de consciência ou vômitos.

Exame: Edema 2+/4+ em perna E + deformidade.

Neurovascular preservado.

CD: Internamento

Vinicius S. Couto
Ortopedia/Traumatologia
CRM 25.593-PE

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

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



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

Rexograma 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: solteiro Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração: _____

História da Doença Atual: _____

Paciente refere história matoulistica com trauma encefálico e, hoje.

Interrogatório Sintomatológica: Sim.

Exame Físico: Edema 2+/4+ + deformidade em
perna E.

Neurovascular preservado

Antecedentes Pessoais: Ø

Medicações em Uso Ø

Antecedentes Familiares: /

Hipótese Diagnóstica Principal: Fratura de ossos da perna E

Hipóteses Diagnósticas Secundárias: /

Plano Terapêutico: Internar.

Cabo de Santo Agostinho, 30/08/19

Vinicius S. Couto
Ortopedia/Traumatologia
CRM 35.593-PE
Assinatura e Carimbo

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

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Leonardo de Oliveira Silva Registro: _____

Clínica: _____ Enfermaria: 405 Leito: 04

Data/Hora	
30/08/19	<u>* Serviço Social *</u>
12:05h	Realizado atendimento social a esposa do pct., se refere que o mesmo reside com ela em febre de São. Prestadas orientações das normas e rotinas do hospital e direitos do usuário do SUS e Seguro DPVAT.
	Assistente Social <u>Solange Lyra</u> Faturamento / SAME Em: _____
02.09.19	<u>Psicologia -</u>
15:30h	Pct visitado no momento o encontramos alerta orientado, receptivo, sem queixas. Realizado elaboração proposta de possível alta hospitalar.
	Psicóloga <u>Márcia Guerra</u> CRP: 11044 Faturamento / SAME Em: _____



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 31/8/2019 10:02

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

NOME: LEONARDO OLICEIRA			
	ENFERMARIA/ LEITO 405-4		119625

405-4

EVOLUÇÃO CLINICA

EVOLUÇÃO

HD: FRATURA FEMUR

OSSOS DA PERNA. EM BOM ESTADO GERAL., AGUARDA TTO CIRURGICO

CONDUTA AGUARDA CIRURGIA

Dr. Igor Abreu
Médico ORL-DE
31 AGO. 2019



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 2/9/2019 12:30

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

NOME	LEONARDO OLIVEIRA SILVA	119772

**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) NERVOVASCULAR (+)

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-22778
02 SET. 2019



**HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA**



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Leonardo de Oliveira Silva Registro: 119772

Clinica: _____ Enfermaria: 405 Leito: 021

[illegible]

MDH - Hospital Dom Helder Câmara
Mariana de O. Santos Gabriel
Coordenação Serviço Social
CRSS nº 8330 - 4ª Região/PE

Solange Lyra
Faturamento / SAME

TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL – NRS 2002

Data: 31/08/19

Paciente: Leonardo de Oliveira Silva

Registro: 119772

Peso Atual: 88 Peso Habitual: _____ Altura: 1,86 Idade: 84

Leito: 405.4

Parte 1 – Triagem Inicial	SIM	NÃO
Paciente Apresenta IMC < 20,5?		X
Houve Perda de Peso nos Últimos 3 meses?	25,4	X
Houve Redução na Ingesta de alimentos na última semana?		X
Paciente apresenta doença grave, está em mau estado geral ou UTI?		X

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

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 ou 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.

Silvia
Dra. Silvana L. Simões de Macedo
Nutricionista
CRN 06348

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

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

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 42786
Paciente : 119772
Convênio Atend. : 1
Leito : 718
Dt. Início :

Sala : 0002 SALA 02
LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA
SUS - INTERNACAO
405 - 04 - LT TRAUMA
Dt. Fim : 01/09/2019 15:39

Atendimento : 519700
Carteira :
Idade : 24 Anos

Cid Pré-Operatório :

Cid Pós-Operatório :

Procedimentos

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

Equipe Médica

CIRURGIAO

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

Objetos 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

LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA

Sexo

M

Cor

P

Idade

24

Risco

JE

CRM

Nome do Anestesiologista

19371 ANTONIO GABRIEL

Nome do Cirurgião

AVILAHA

Medicação Pré-anestésica

Reg 119 222

Urgência

☐ NÃO

☒ SIM

Cirurgia

Abcunha - tbc - E

Horário

14h 20

15h 30

O₂

N₂O

Idos

IO₂

ETCO₂

ECG

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

Anotações

Drogas Usadas

Quantidade

Fentanyl

100mg

Midazolam

5mg

Necassu per

17.5

Dinor

2.00

Ceftriaxona

2g

Clonazepam

2g

Dexametasona

10g

Diprison

2g

Cefepime

100g

Clonidina

35mg

Técnica Anestésica

Repi 13 Ly

Intubação orotraqueal,
curva de intubação,
depois de 10 segundos,
bloco efetivo

Monitorização

☐ BIS

☐ Temperatura

☐ Swan-Ganz

☐ Analisador Gases

☐ PVC

☐ Estimulador de Nervo

☐ Linha Arterial

☐ Volemia IBP Plus

Encaminhado

☒ Acordado

☐ Sonolento

☐ Intubado

Destino

☐ SRPA

☒ Apart/Enf.

☐ UTI

☐ Externo

Intercorrência:

☒ NÃO

☐ SIM

Descrever:

Observações:

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

Assinatura de Anestesiologista

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

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Leonardo de Oliveira Silva Data: 01/09/19 Hora: 12:00 Registro: 119772
Convênio: SUS Leito: _____ Paco: _____ Altura: _____

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Arucham Anestesiista: Dr. Amy
Auxiliar: _____ 2º Auxiliar: _____ Instrumentador: _____

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Pro. por fratura de tíbia (e) Início: 13:50 Término: 15:20
Anestesia: Raque + sedação Início: 12:25 Término: 15:20

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

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

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

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

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso ()	Monitor Cardíaco ()	PNi ()	Bomba CEC ()	Aspirador ()
Colchão Térmico ()	Bisturi Ultrassônico ()	Artroscópio ()	Microscópio ()	Capnógrafo ()
Bisturi Elétrico ()	Local da Placa ()			
Carro de Anestesia ()	Difusor ()	Intensificador ()		
Ap. Vídeo ()	Bomba de Infusão ()		Nº ()	
Oxigênio ()	Início _____	Término _____		
Protóxido ()	Início _____	Término _____		
Gás Carbônico ()	Início _____	Término _____		
Outros: _____				

1 - PROCEDIMENTOS:

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

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: Anestesia ao pronto CIRURGIA: Anestesia ao pronto
alco

6 - OBSERVAÇÕES:

Sem uso de garrote.

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

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

Data: 01/09/19 Hora: 15:35 Enfermeira: Daniela Circulante: Raquel Costa Lima

REC-ENFERMAGEM
COREN/PE 970.550

HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARASISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
BLOCO CIRÚRGICO - SRPAGESTÃO
IMIP
HOSPITALARNome: Leonardo de Oliveira SilvaRegistro: 119772

Leito:

Procedimento cirúrgico: NO Wiring Front Tibial (F)Data: 01/09/2018

Hora:

DIAGNÓSTICO

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

HORÁRIOS

1. Ansiedade (☒)

- ☒ Encorajar verbalização dos sentimentos e medos
☒ Proporcionar apoio emocional
☒ Dar informação ao paciente e familiares
☐ Outros

2. Ventilação prejudicada (☐)

- ☐ Manter decúbito elevado
☐ Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário
☐ Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz
☐ Manter o paciente em posição de Fowler
☐ Anotar horário/valor de queda da saturação. FC e FR
☐ Instalar ☐ Manter ☐ Anotar oximetria de pulso
☐ Outros

3. Padrão de eliminação urinária

(☒) Diminuído (☐) Aumentado

- ☐ Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de / h
☒ Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen)
☒ Colocar o paciente em posição de Fowler
☒ Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição
☒ Registrar se: (☒) Dor ao urinar
☒ Abaulamento em região suprapúbica (☒) Ausência de diurese espontânea
☐ outros

4. Dor (☒)Local: (☒) Leve (☐) Moderada (☐) Severa

- ☒ Verificar qual posição adequada do paciente
☒ Avaliar a localização e a intensidade da dor
☒ Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação
☒ Identificar fatores desencadeantes da dor
☒ Registrar características e intensidades da dor
☒ outros

5. Integridade tissular prejudicada (☒)

- ☐ Descrever características da lesão
☒ Realizar curativo a cada 24/24 h
☐ Realizar mudança de decúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação

- ☐ Medir débito de dreno de / h
☒ Manter curativo oclusivo por 24 h

(☐) Outros6. Sangramento (☒)Local: (☒) Leve (☐) Moderada (☐) Severo

- ☐ Aferir pressão arterial de / min
☐ Manter elevado:
☒ Realizar curativo oclusivo
☐ Outros

7. Imobilidade no leito prejudicada (☐)

- ☐ Pinçar dreno ao manusear o paciente
☐ Avaliar mobilização de dreno (Tracionado)
☐ Manter repouso no leito em posição:

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
8. Desidratação ()	() Registrar frequência, volume e aspectos da diurese a cada / h	
	() Avaliar e registrar umidade de mucosa	
	() Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária	
	() Registrar turgor e elasticidade da pele	
	() outros	
9. Êmese () Náusea ()	() Registrar aspectos e quantidade de episódios	
	() Verificar posicionamento da SNG/SNE	
	() Manter decúbito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada	
	() Outros	
10. Temperatura Corporal () Diminuída () Elevado	() Aferir temperatura de ____/____h e comunicar se estiver abaixo de 35° C ou acima de 37° C	
	() Em caso de hipotermia aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica	
	() Em caso de hipertermia retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente	
	() Outros	
11. Choque Hipovolêmico ()	() Aferir sinais vitais a cada 15 / 30 min.	
	() Avaliar coloração e umidade da pele	
	() Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O.	
	Verificar sinais como: () Taquicardia; () Palidez cutânea; () Pulso irregular; () Pele fria; () Perda da Consciência	
12. Risco de Infecção ()	() Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização	
	() Registrar e anotar sinais flogísticos Local: <u>F.O. AVP</u>	
	() Examinar F.O. e registrar alterações () dor; () Calor; () Rubor; () Edema.	
	() Outros	
	() Outros	

G - Sonda Nasogástrica


PA - Pressão Arterial

FC: Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso Enteral

HGT - Hemoglicoteste

AVP - Acesso Venoso Periférico

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

ASSINATURA E CARIMBO

ASSINATURA E CARIMBO

**CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM
AUXILIAR/TÉCNICO DE ENFERMAGEM**

Nome: Leonardo de Oliveira Silva Registro: 119772
Clínica: Ortopedia 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 () Bradipneico
Acesso Venoso: (☒) Periférico () Central Local: MSD
Curativo: (☒) Sim () Não Local:
Drenos: () Sim () Não Local:
Evacuações: (☒) Presente () Ausente Aspecto:
Observações: Paciente E.G.R., admitido na S.R. às 15:50
em estado orientado, eupneico, hipocrático, pele íntegra,
medicado conforme C.P.M., segue aos cuidados da
Enfermagem.

Auxiliar / Técnico de Enfermagem: Daniela 001120021

HORA: PLANTÃO NOTURNO: DATA: / /
Estado Geral: () Regular () Grave () Gravíssimo
Dieta: () VO () SNG () SNE () SML () SOG () Dieta Zero
Padrão Respiratório: () Eupneico () Taquipneico () Bradipneico
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

IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: Leonardo de Oliveira Data: 01/09/19 Registro: 119772
Convênio: SUG Leito: Silva Hora: 10:15

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. Abraham 1º auxiliar: _____
Anestesista: Dr. Anik Instrumentador: _____
Circulante: Raquel



INSTRUMENTAL	VALIDADE	INI
cap r	blue → black 02	SACO / BLOC
capot r	blue → black 01	CD29 Double strip ISO 11140-1 Type 4
Punho de power	blue → black 01	CD29 Double strip ISO 11140-1 Type 4
motor Styl R	blue → black 01	CD29 Double strip ISO 11140-1 Type 4
Ata dura	blue → black 02	CD29 Double strip ISO 11140-1 Type 4
malha tubular	blue → black 02	CD29 Double strip ISO 11140-1 Type 4
ey 4,5	blue → black 02	CD29 Double strip ISO 11140-1 Type 4
Basico MM 5	blue → black 02	CD29 Double strip ISO 11140-1 Type 4
Basico menor	blue → black 02	CD29 Double strip ISO 11140-1 Type 4
sacos	blue → black 02	CD29 Double strip ISO 11140-1 Type 4
caixas plast de Tibio 1/2	blue → black 02	CD29 Double strip ISO 11140-1 Type 4
caixas plast de Tibio 2/2	blue → black 02	CD29 Double strip ISO 11140-1 Type 4
martelo	blue → black 02	CD29 Double strip ISO 11140-1 Type 4

MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

PACIENTE:	Leonardo de Oliveira Silva			DATA:	01/09/19
CIRURGIÃO:	Dr. Anselmo			RG:	119772
ANESTESISTA:	Dr. Anny			AUXILIAR:	
CIRURGIÃO:	Pro. Dr. Flávio de Tibio			ANESTESIA:	Raqui + Sedação
ESTRUMENTADOR:	Kalline			COORDENAÇÃO DO BLOCO:	Annel
CIRCULANTE:	Raquel			COREN:	
ENFERMEIRA:	Danielle			HORARIO INICIAL:	11:50
				HORARIO FINAL:	

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 02

AGULHAS			
13X4,5	25X7	25X8	40X12
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27
ATADURAS			
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
CESSADA 10CM	CESSADA 15CM	CESSADA 20CM	
CANULAS			
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
TRAQUEOST 9,0			
CATETER			
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	
LIMPADORES			
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400
CURATIVOS			
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX
EQUIPOS			
BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SORO MACRO
EXTENSORES			
20CM	40CM	60CM	120CM
LAMINAS			
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6	
LUVAS			
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5
SERINGAS			
1ML	3ML	5ML	10ML
20ML	60ML	60ML CATETER	
AVENTAL CIRUR.	B5. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/ VIDEO
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXAO 2VIAS	CONEXAO 4VIAS
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GAZES	GELFOAN
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 02

DRENOS			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCÇÃO 3,2	SUCÇÃO 4,8	SUCÇÃO 6,4
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36
SONDAS			
ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ. 2,0	ENDOTRAQ. 2,5	ENDOTRAQ. 3,0
ENDOTRAQ. 3,5	ENDOTRAQ. 4,0	ENDOTRAQ. 4,5	ENDOTRAQ. 5,0
ENDOTRAQ. 5,5	ENDOTRAQ. 6,0	ENDOTRAQ. 6,5	ENDOTRAQ. 7,0
ENDOTRAQ. 7,5	ENDOTRAQ. 8,0	ENDOTRAQ. 8,5	ENDOTRAQ. 9,0
FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
FOLEY 2VIAS 06	FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12
FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20
NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 16
NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4
URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20
FIOS CIRÚRGICOS			
ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDIACA
CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 2
PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	CERA P/OSO	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	AÇO 1	AÇO 4	AÇO 6

MEDICAMENTOS DA SALA CIRURGICA

DESCRIÇÃO MEDICAMENTO USADO EM SALA	QUANTIDADE	DESCRIÇÃO MEDICAMENTO USADO EM SALA	QUANTIDADE
ÁGUA BIDEUTILADA C/10ML		METRONIDAZOL 5MG/100ML	
ÁGUA BIDEUTILADA 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	
BUPIVACAÍNA C/ADRENALINA 0,5% C/20ML		NEOMICINA + BACITRACINA POMADA	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA 0,5% C/4ML		NEOSTIGMINA 0,5MG/1ML	
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5% C/4ML		NIPRIDE 25MG/2ML	
BUPIVACAÍNA 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		RONCUNONIO 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 MAGNÉSIO 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		TRIGLICERIDEOS 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			
GILCOSE 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			
LIDOCAÍNA 2% C/ADRENALINA C/20ML			
LIDOCAÍNA 2% S/ADRENALINA C/20ML			
LIDOCAÍNA 2% GEL			
MANITOL 20% C/250ML			
METARAMINOL 10MG (ARAMIN)			
METIL PREDNISOLONA 500MG			
METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML			
METOPROLOL 5MG/5ML (SELOKEN)			



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

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

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

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

Atendimento: 519700

Leito: 718

Dt.Cad: 30/08/2019

Dt. Nasc: 24/12/1994

Bairro: JARDIM JORDAO

Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES

CNS: 709501647687970

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

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? *± 1h 40m*

- ☒ 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 *900 Cirurg - 5m9. 9.1bue*

- ☐ 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 *Não*

- ☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente *Pós-OP / 5 RAA*

Enfermeira
CNS: 709501647687970
Data: 30/08/2019
Assinatura: *[Assinatura]*

HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA

Data: 33 / 08 / 99

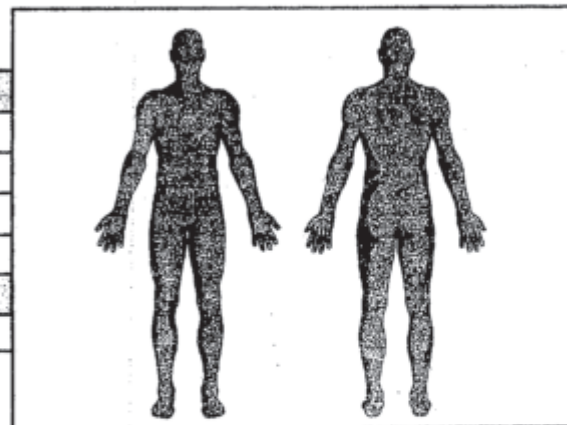
CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

Hora: 06:00

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome:	Leonardo Oliveira Silva
Data de Nascimento:	24/12/94
Registro:	839770.
Setor:	TPO.
Leito:	405-04.

SINAIS VITAIS		
PA:	130 x 90	T: 36.5
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"/>)
	ETILISTA:	SIM (<input checked="" type="checkbox"/>)	NÃO ()
	Há quantos anos:	_____	Qtd/dia: _____
	Há quantos anos:	_____	Qtd/dia: _____

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

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

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

Enfermeiro Responsável: _____

(Assinar e Carimbar)

CÓD. 38404



HOSPITAL

DOM HELDER CÂMARA

Data: ____/____/____

Hora: ____:____

CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

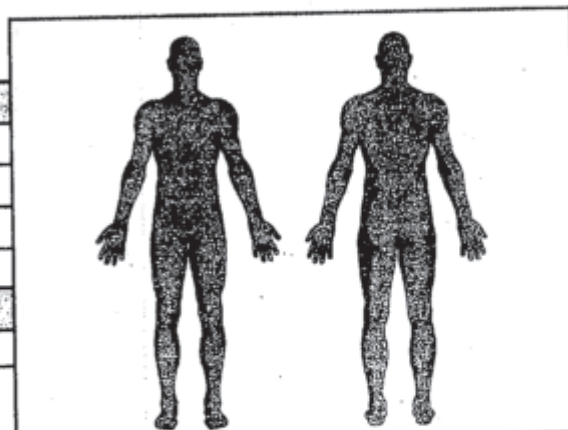


GESTÃO

IMIP
HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome:	Leonardo de Oliveira Silva
Data de Nascimento:	24/12/92
Registro:	119777
Setor:	MD
Leito:	405-4

SINAIS VITAIS	
PA:	T: HGT:
Observação:	



ENTREVISTA	
HIPERTENSO:	SIM () NÃO (X)
DIABÉTICO:	SIM () NÃO (X)
HÁBITOS:	TABAGISTA: SIM () NÃO (X) Há quantos anos: Qtd/dia: ETILISTA: SIM () NÃO (X) Há quantos anos: Qtd/dia:

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

ALERGIA		USO DE SONDAS
SIM () QUAL:		SNE () SNG ()
NÃO (X) OBSERVAÇÃO:		SVD ()
ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO		Outra:
SIM () QUAL:		DRENO
NÃO (X) OBSERVAÇÃO:		SIM () NÃO ()
SIM () QUAL:		Qual:
NÃO (X) HORÁRIO DA ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO:		Local:

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE	
JEJUM:	SIM (X) NÃO () À partir do dia: 31/08/11 às 22h Observação:
HIGIENIZAÇÃO:	SIM (X) NÃO () Observação:
TRICOTOMIA:	SIM () NÃO (X) Observação:
RETIRADO ADORNOS:	SIM (X) NÃO () RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA: SIM () NÃO ()
CIRURGIAS ANTERIORES:	SIM () Quais/Datas: NÃO (X)
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE:	SIM () Quais/Datas: NÃO (X)
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:	SIM () Observação: NÃO (X) LATERALIDADE DEMARCADA: SIM () Observação: NÃO ()

Enfermeiro Responsável: [Assinatura]
 (Assinar e Carimbar)
 CORREN-PE 389.777-ENF
 Maria Lúcia Correia 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 (X) Data da Consulta: __/__/2019

Não ()

Assinatura do Médico e Carimbo

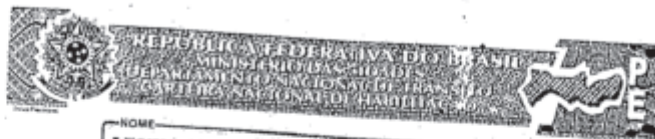
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco – SES /PE
Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar
Hospital Metropolitano Sul – Dom Helder Câmara
Rodovia BR 101 Sul – KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho – PE



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de
retorno ambulatorial no HDH.

Dr. Igor Abutrab
Médico / CRM-PE 2778
02 SET. 2019



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1485363157



NOME
LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
9023046 SDE PE

CPF
107.942.264-18

DATA NASCIMENTO
24/12/1994

FILIAÇÃO
JOSE PEDRO DA SILVA
MARIA ROSANGELA DE O. I
VEIRA SILVA

PERMISSÃO
ACC

CAT. HABILITAÇÃO
AB

Nº REGISTRO
06555829843

VALIDADE
23/09/2022

1ª HABILITAÇÃO
29/01/2016



OBSERVAÇÕES
RAR

Leonardo de Oliveira Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JABOATÃO DOS GUARARAPES, PE

DATA EMISSÃO
16/09/2017

Orleto Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente
ASSINATURA DO EMISSOR

PERNAMBUCO

81618865074
PE081608411

PROIBIDO PLASTIFICAR

1485363157

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

NOME
 GISELE VALENÇA DE MEDeiros

DOC. IDENTIDADE ORG. EMISSOR/LF
 2574272 SSP PE

DP
 632.243.034-91 DATA NASCIMENTO
 20/10/1966

FILIAÇÃO
 SOLOM DE MEDEIROS
 FILHO
 MIRIAM VALENÇA DE
 MEDEIROS

PROFISSÃO
 ADP CATEG. B
 15

Nº REGISTRO
 03861614101

VALIDADE
 30/10/2005 DATA EMISSÃO
 12/11/1985

OBSERVAÇÕES
 sem observações

LOCAL
 RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
 31/10/2011

ASSINATURA DO DETENTOR

DEYKAR PEREIRA

18542471121
 EN043470238

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0434892/19

Vítima: LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA

CPF: 107.942.264-18

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 30/08/2019

Titular do CPF: LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-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 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

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

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

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0434892/19

Vítima: LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA

CPF: 107.942.264-18

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 30/08/2019

Titular do CPF: LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-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 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

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



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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do 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 Nº 445/2012

5 - Nome completo: LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA 6 - CPF: 107.942.264-18
7 - Profissão: COMERCÁRIO 8 - Endereço: RUA COR DA GAMELEIRA 9 - Número: 625 10 - Complemento:
11 - Bairro: JARDIM JORDÃO/PRAZERES 12 - Cidade: JABOATÃO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54320-325
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 819 8316 1306

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)

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL (001)

AGÊNCIA: 2988 2 CONTA: 49.437 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

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

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



564396

10434892/10

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 019ª CIRCUNSCRIÇÃO - PRAZERES - DP19ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0109007272**

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

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

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSÉ PEDRO DA SILVA (OUTRO)
LEONARDO OLIVEIRA DA SILVA (VÍTIMA)

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: COMERCIÁRIO Endereço Residencial: RUA TIAGO MENDES CAVALCANTI, 625 - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM JORDÃO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL

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

DESCONHECIDO (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)**

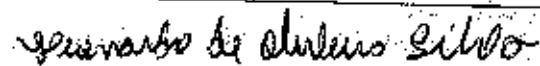
Placa: **PDX2893 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

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**
(VÍTIMA)B.O. registrado por:  **GERALDO NETA 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 - Nº 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 Nº 445/2012

5 - Nome completo: LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA 6 - CPF: 107.942.264-18
7 - Profissão: COMERCÁRIO 8 - Endereço: RUA COR DA GAMELEIRA 9 - Número: 625 10 - Complemento: —
11 - Bairro: JARDIM JORDÃO/PRAZERES 12 - Cidade: JABOATÃO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54320-325
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 819 8316 1306

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)

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL (001)

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2988 2 CONTA: 49.437 2 (Informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

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 ° 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

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

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