

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000009 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CICERO MARINHO DA SILVA **Data do acidente:** 28/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO PLACA E PARAFUSO) P11 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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-0473034/19

Vítima: CICERO MARINHO DA SILVA

CPF: 040.405.604-00

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/09/2019

Titular do CPF: CICERO MARINHO DA 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

JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO : 111.691.044-60

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

CICERO MARINHO DA SILVA : 040.405.604-00

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: 31/12/2019
Nome: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO
CPF: 111.691.044-60

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/12/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000009 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CICERO MARINHO DA SILVA **Data do acidente:** 28/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Documento/Motivo: Documentação Médico Hospitalar

Nome do documento faltante: RELATÓRIO MÉDICO, LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM E EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

- O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO REALIZADO NO HOSPITAL DO 1º ATENDIMENTO MÉDICO, COM FOLHA DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA MÉDICA HOSPITALAR;
- OU LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO DE PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR COM OU SEM INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO REALIZADO NO HOSPITAL DO 1º ATENDIMENTO MÉDICO, COM FOLHA DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA MÉDICA HOSPITALAR;
- OU LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200000009

Vítima: CICERO MARINHO DA SILVA

Data do Acidente: 28/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CICERO MARINHO DA 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, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200000009

Vítima: CICERO MARINHO DA SILVA

Data do Acidente: 28/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CICERO MARINHO DA SILVA

Em razão da falta de apresentação do(a) RELATÓRIO MÉDICO, LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM E EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, não foi possível verificar a relação entre as lesões permanentes e o acidente de trânsito relatado. Assim, a vítima deverá apresentar o documento acima indicado e outros que contribuam para esclarecer a relação entre as suas lesões permanentes e o acidente, tais como os listados abaixo:

Boletim do primeiro atendimento médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar.

Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial.

Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200000009

Vítima: CICERO MARINHO DA SILVA

Data do Acidente: 28/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CICERO MARINHO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 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: **CICERO MARINHO DA SILVA**

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

Banco: **104**

Agência: **000004759**

Conta: **000984719906-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

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: 040 405 604-00 4 - Nome completo da vítima: Cicero Marinho da 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: Cicero Marinho da Silva 6 - CPF: 040 405 604-00
7 - Profissão: Adv. Senador Benin 8 - Endereço: Rua Joaquim Amazonas 9 - Número: 310 10 - Complemento:
11 - Bairro: Pacheco 12 - Cidade: Jaboatão 13 - Estado: 14 - CEP: 5480-070
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (81) 98841-1713

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: 24759 CONTA: 984719906 5 AGÊNCIA: CONTA:

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter a análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 (vair 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.

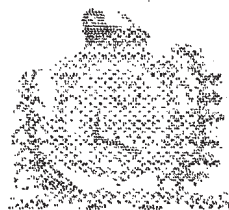
34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife, 20 de Setembro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



569997
0473034/19

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 023ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAVALEIRO -
DP23ªCIRC DIM/6ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0113003340

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 18/11/2019 às
13:49

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 28/9/2019 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CAVALEIRO (BAIRRO), 01, AV.
GOVERNADOR AGAMENNON MAGALHÃES - Bairro: CAVALEIRO -
JACATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de
Referência: HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES
Local do Fato: VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
BENJAMIM JUNIO BARBOSA DA SILVA (OUTRO)
CICERO MARINHO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): CICERO MARINHO DA SILVA
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): DESCONHECIDO

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

**CICERO MARINHO DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
SATURNINO DA SILVA Pai: ALTON FELIX MARINHO Data de Nascimento: 04/04/1979
Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 0300400/000/PE (RG),
04040000400 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU COMPLETO Profissão:
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS Telefones Celulares:
- 0834000000**

**Endereço Residencial: BAIRRO DE SUCUPIRA (BAIRRO), 02, RUA ESPANHA - CEP:
55000-000 - Bairro: SUCUPIRA - JACATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

**BENJAMIM JUNIO BARBOSA DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

VEICULO -01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **BENJAMIM JUNIO BARBOSA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CICERO MARINHO DA SILVA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/FACTOR 125 I ED** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **PRATA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KGX4736** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **323270217**
 Ano Fabricação/Modelo: **2008/NÃO INFORMADO**

VEICULO -02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
 Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
 Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA, **CICERO MARINHO DA SILVA** QUE PILOTAVA A SUA MOTO CITADA NESTE BOP, NA ENTRADA DE CAVALEIRO NA AV. GOVERNADOR AGAMENON MAGALHÃES PROXIMO AO HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LURDES UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO COLIDIU COM A MOTO ONDE ELE VEIO A CAIR E SOFRER LESÕES, FOI CONDUZIDO PELO SAMU DA N°2429.000 PARA O HOSPITAL DON HELDER CAMARA REGISTRO:120674; CONFORME O EXPOSTO PEDE PROVIDENCIAS POLICIAIS.

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

CICERO MARINHO DA SILVA
 (VITIMA)

Cicero Marinho da Silva

B.O. registrado por: **MOISES MANOEL DE LIMA** - Matrícula: **380559-5**

Moises Manoel de Lima

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: 040 405 604-00 4 - Nome completo da vítima: Cicero Marinho da 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: Cicero Marinho da Silva 6 - CPF: 040 405 604-00
7 - Profissão: Adv. Senador Benin 8 - Endereço: Rua Joaquim Amazonas 9 - Número: 310 10 - Complemento:
11 - Bairro: Pacheco 12 - Cidade: Jaboatão 13 - Estado: 14 - CEP: 5480-070
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (81) 98841-1713

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2459 CONTA: 984719906 5 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter a análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 (vair 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 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) 38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife, 20 de Setembro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

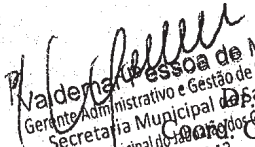
**Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº: 2429.000
EM: 14.11.2019

Atendendo ao requerimento do Sr. **CICERO MARINHO DA SILVA, RG: 5.300.496 - SDS/PE, CPF: 040.405.604-00**, consta em nossos arquivos a ocorrência de **Nº S - 687431**, do dia 28 de setembro de 2019, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU/JABOATÃO por volta das 18h 00min vítima de colisão moto/carro. O acidente aconteceu na entrada de cavaleiro – em frente ao Hospital nossa senhora de Lurdes Cavaleiro - Jaboatão dos Guararapes/PE, onde após os cuidados, a vítima foi removida para o Hospital Dom Helder.

Jaboatão dos Guararapes, 14 de novembro de 2019.


Valdemar Pessoa de Melo
Gerente Administrativo e Gestão de Pessoas
Secretaria Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Jaboatão dos Guararapes
Coord. Geral SAMU/ Sec. Saúde.
Mat. CRM: 1181 – Mat.40.911.164-1
Jaboatão dos Guararapes - PE

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: 16/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CICERO MARINHO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04759

CONTA: 000984719906-5

Nr. da Autenticação AB2F9FD11F8F8CE9



SQ: 035.236.790

17/09/2019

078400

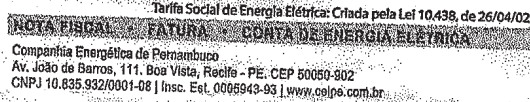
DESTINATÁRIO



CTC RECIFE PE PL3
MARIA SATURNINA MARINHO
R PRF JOAQUIM AMAZONAS 320
PACHECO
54280-070 JABOATAO PE



7213099639692320000007840030170919



ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

TV 3 SEMPRE VIVA 78

CURADO II/CAVALEIRO
JABOATAO DOS GUARARAPES PE
54000-000

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

Nº DA CTE FISCAL	SERIE	EMISSÃO
075482302	UNICA	28/08/2019
AFRONTAMENTO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
28/08/2019	2001222131	1713710

COMO CONTRATO	MESIANO
2293634010	08/2019
DATA DE VENCIMENTO	DIA DE VENCIMENTO PROXIMALMENTE
04/09/2019	26/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	29,38

DESCRICAO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00000000	0,19124008	5,73
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	60,00000000	0,32784015	19,98
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,04
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,57
Contrib. Ilum. Pública Municipal			5,16
Multa por atraso-NF 071498598 - 29/07/19			0,48
Juros por atraso-NF 071498598 - 29/07/19			0,01

TOTAL DA FATURA

29.38

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
MB19603	CAT	29-07-2019	19.278,00	28-08-2019	19.356,00	30	1,00000		80,00

WISCONSIN DE CONSUMERS

Mbzi/Ano	KV/m
AGO 19	80
JUL 19	68
JUN 19	73
MAI 19	80
ABR 19	80
MAR 19	83
FEV 19	74
JAN 19	83
DEZ 18	75
NOV 18	80
OUT 18	118
SET 18	63
AGO 18	76

INSTRUCTIONS DE TRAVAIL

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS			
PIS	23,73	0,74	0,17
COFINS	23,73	3,42	0,81

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R\$ 11,58	48,83%
Transmissão	R\$ 1,16	4,85%
Distribuição (Celpa)	R\$ 7,08	29,84%
Perdas de Energia	R\$ 2,23	9,40%
Encargos Setoriais	R\$ 0,89	2,91%
Tributos	R\$ 0,68	4,13%
Total	R\$ 23,73	100%

THREE APPLICATIONS

Consumo Ativo até 30 kWh:
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

RESERVADO AO FISCO

BBAR CC44 B9ED 2478 2A61 BE34 A6EC DD74

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

INFORMACOES IMPORTANTES
 Pegue no seu ponto mais perto de você a rede de lojas da Anel Tech. Rua João Ragozo de Medeiros nº 1784, cond. 11, m. 101, maracajá, ma. tel: 3399-1111, e-mail: www.anel.gov.br. O cliente é compensado quando for em dia da data de validade e beneficiado em vigor e de validade. Mais informações em: www.anel.gov.br.
 Pagos, em até 30 dias após a data de validade, juros de 1% ao mês (10,45% ao ano) e atualização do índice de inflação do período de validade, conforme art. 8º, XLVII, c, 2.2.2, do RCM-SP. Descontos pela emissão da Tarifa Social de Energia Elétrica para os clientes da CEM, conforme art. 2º, § 2º, do RCM-SP. O cliente é beneficiado quando for em dia da data de validade e beneficiado em vigor e de validade. Mais informações em: www.anel.gov.br.
 Pagos, em até 30 dias após a data de validade, juros de 1% ao mês (10,45% ao ano) e atualização do índice de inflação do período de validade, conforme art. 8º, XLVII, c, 2.2.2, do RCM-SP. Descontos pela emissão da Tarifa Social de Energia Elétrica para os clientes da CEM, conforme art. 2º, § 2º, do RCM-SP. O cliente é beneficiado quando for em dia da data de validade e beneficiado em vigor e de validade. Mais informações em: www.anel.gov.br.

[illegible]

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

CONJUNTO VARZEA	VALOR APURADO 2019	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIC	0,00	5,07	10,15	20,30
FEV	0,00	3,23	5,47	12,95
MAR	0,00	2,66	0,00	0,00

Limite D/CRI 12,22 EUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$11,0

NÍVEIS DE TENSÃO

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

1
AUTORIZADO POR REGIME ESPECIAL
DESPACHO JCMS-RE Nº 042/2012

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
2293634010	03/2019	04/09/2019	

29 38

83890000000-5 29380011002-4 29363401010-0 14265545873-7



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/BIBLIOTECABWEB/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 Juliana Pereira da Silva Nascimento
inscrito (a) no CPF/CNPJ 116911044, 60, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Liceno Pereira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 040405604, 00
do sinistro de DPVAT cobertura Tuvaliaez da Vítima Liceno Pereira da Silva
inscrito (a) no CPF sob o Nº 040405604, 00, 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>3TV. Sempre Viva</u>	Número: <u>78</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Eurodo II</u>	Cidade: <u>Jaboatão</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>51000-000</u>	Tel.(DDD): <u>81</u> <u>29871.1713</u>

Local e Data: Recife, 30 de Dezembro de 2019

Juliana Pereira da Silva Nascimento
Assinatura do Declarante

Resumo de Alta Hospitalar

PACIENTE: CICERO MARINHO DA SILVA

REGISTRO: 120674

IDADE: [Status]

DATA ADMISSÃO:
28/09/2019

DATA ALTA: 30/09/2019

5) Diagnósticos Definidos:

FRATURA EM DIAFISARIA DA TIBIA D

6) Conduta/ Procedimentos Realizados:

REDUÇÃO CRUENTA COM FIXADOR EXTERNO

7) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

8) Informações Complementares:

1) MANTER MEMBRO ELEVADO DURANTE REPOUSO C

2) FAZER COM FREQUÊNCIA MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO JOELHO, QUADRIL E TORNOZELO

3) CURATIVO DIÁRIO EM POSTO DE SAÚDE

4) RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 02 SEMANAS

5)

Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X)
Não ()

Data da Consulta: 4/10/2019

07:00

At-09:00

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

Dr. Bruno Daltro
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 26.693



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de
retorno ambulatorial no HDH.

HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: ELCERIO MARCONHO DA SILVA Registro: _____ Nº Atendimento: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração: Fract. exp. de cals. na perna d.

História da Doença Atual: _____

ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO em moto
HA CSII. DA ESTRADA FERRAS em moto.
quadril esquerdo

AC RX: Fract. I/B tíbia + fíbula direita

Interrogatório Sintomatológica: _____

Dor + sangramento

EVOLUÇÃO CLÍNICA

: Cícero Maximino da Silva Registro: 120674

Enfermaria: 406 Leito: 03

V/Hora	
9/19	# Serviço Social #
	Realizado atendimento as irmãs do paciente, prestada orientações pós-alta, sobre fluxo no SUS e rotina hospitalar.
	
	Juliana Clécio de Nascimento Assistente Social CRSS nº 2005 - 4ª Região/PE



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



endimento: 524912

ita e Hora: 28/09/2019 19:44

Senha da Classificação:

aciente: 120874 CICERO MARINHO DA SILVA

Sexo: MASCULINO

ata do Nascimento: 05/10/1979 Idade: 39 anos

Convenio: 2

SUS/SIA AMBAURG

ome da Mãe: MARIA SATURNINO DA SILVA

Nome do Pai: AILTON FELIX MARINHO

estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

ndereço: RUA PROFESSOR JOAQUIM A - PACHECO

320

Bairro: SUCUPIRA

idade/UF: JABOATAO DOS GUARARAPE PE

Usuário Atendimento: THAYANECCS

G (Identidade):

Data de Emissão:

PF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 987260987

artão SUS:

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

iso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queda Principal

Oct CI Hst- DE trauma Autocombustão Hó Ca Hem
CI Ferimento Sanguinante m 2 (D) UGA Perda de
CONTATO com Vêmulo

Exame Físico

WIDE, eritemato, GROSSO IS

Ulcera vascular profunda

Ferimento Sanguinante com reação n

Profu

Exame Diagnóstico

Pro: exposto chao m 2 (D)

nduta Terapeutica

scrição Médica

ATENDIDO
ATENDIDO

1- SFC 12 100ml

10 Amp bromel

20:450

2- CEFALGUA 2g - 4 Amp

20:450

3- SAT 200

4- Rx Sente trauma

Dr. Igor Abutrab

Medico - CRM: 17726

28 SET. 2019

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: 02

Nome: Cláudio Martins da Silva data: 28/09/19 Hora: 23:15 Registro: 120674

Leito de origem: _____

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Ho. cir. frnt. Exposta de Tíbia D

Tipo de anestesia: Raque

Equipe: Dra. Vinícius

Anestesista: DRE Julia

3. Admissão

Estado geral: () Bom ☒ Regular () Torporoso () Grave

Respiração: ☒ Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado

Sonda: () SVD () SNG () SNE

Acesso Venoso Periférico: () Não ☒ Sim Onde: USE

Acesso Venoso Central: ☒ Não () Sim Onde: _____

Drenos: ☒ não () sim Onde: _____

Sinais vitais: PA: 113 x 89 mmHg FR: — p/min FC: 89 p/min SaPO2: 99%

Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Sorário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	<u>132 x 82</u>	<u>134 x 79</u>	<u>124 x 80</u>	<u>131 x 80</u>	<u>122 x 82</u>	
FR	—	—	—	—	—	
FC	<u>85</u>	<u>88</u>	<u>86</u>	<u>86</u>	<u>82</u>	
SaPO2	<u>97%</u>	<u>97%</u>	<u>99%</u>	<u>100%</u>	<u>98%</u>	
Glasgow	—	—	—	—	—	

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: _____ FC: _____ FR: _____ SaPO2: _____ Glasgow: 15

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

Data: _____ Horário: _____ Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico: _____

Anne
A ELIMINAR

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 28/09/2019 19:22

Nome Paciente: CICERO MARINHO DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 08/10/1979
Sexo: Masculino
Idade: 39 anos
Senha: 0032
Convênio:
Atendimento: SAME:

Período: 28/09/2019 19:34 - 28/09/2019 19:37

CARLOS LEANDRO DA SILVA JUNIOR - COREN: 396895 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PCTE PROCEDENTE DE SOCORRO SAMU PÓS COLISÃO AUTOMOBILISTICA COM POSSIVEL LESÃO EXPOSTA DE TIBIA E FÍBULA.
HAS -
DM -
ALERGIA: NEGA

luxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

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

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- PAD: 105.00 MMHG
- PAS: 168.00 MMHG
- SAT02: 99.00 %

Acolhido(a) por: CARLOS LEANDRO DA SILVA JUNIOR - COREN: 396895 - FUNÇÃO: ENFERMEIR

Data Impressão: 28/09/2019 19:37

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página

Exame Físico: GISSQUELIS
Det + Defecção em 0070
Examinado por FICHA 01

Antecedentes Pessoais: NEG

Medicações em Uso /

Antecedentes Familiares:

Hipótese Diagnóstica Principal: Frat expsto caso no perim 01

Hipóteses Diagnósticas Secundárias:

Plano Terapêutico: pc hioa

Cabo de Santo Agostinho, 1

Dr. Igor Aburay
Médico / CRM-PE 27771

28 SET 2019

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Variação número: 001

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ANESTESIA

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

Autorizo o médico anestesiológista abaixo identificado, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente cadastrados por esta Instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico: Rapional / Geral

Declaro ainda que:

a) Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesiológista. A(s) alternativa(s) de procedimento anestésico indicadas para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações me foram explicadas satisfatoriamente.

b) Fui esclarecido de que a anestesia envolve procedimentos invasivos e que podem ocorrer lesões que na maioria das vezes são temporárias. Raramente ocorrem lesões permanentes, mas podem ocorrer, mesmo que o procedimento tenha sido realizado sob o mais rigoroso padrão técnico. Assim como fui esclarecido, também, de que a resposta à administração de medicamentos é individual e que a ocorrência de efeitos colaterais ou indesejados é imprevisível.

c) Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis nesta instituição.

d) Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anestesiológista sobre doenças pré-existentes, os medicamentos em uso, cirurgias realizadas, complicações anestésicas e reações alérgicas anteriormente apresentadas e, também, sobre o tempo decorrido de jejum (desde a última refeição/ingestão de líquidos).

e) Fui informado(a) pela equipe médica de que o tabagismo, o uso de drogas entorpecentes, tais como cocaína, maconha, anfetaminas, e outras como o álcool são fatores que podem trazer prejuízo ao procedimento e/ou tratamento. Fui informado, também das complicações que podem advir do uso destas substâncias.

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

☒ PACIENTE / RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Sandra Helena Oliveira Dantas RG: 5.174946

Data de nasc.: 28/12/72 Grau de parentesco: Amiga

Cabo de Santo Agostinho, 28 de Setembro de 20 19.

Sandra Helena Oliveira Dantas
Assinatura do paciente/representante legal

Preenchimento Obrigatório Médico

Eu, _____ CRM: _____, médico responsável pelo esclarecimento do procedimento, prestei todas as orientações necessárias e solicitadas pelo paciente referente ao termo de consentimento informado.

☐ Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de Emergência

Cabo de Santo Agostinho, ____ de _____ de 20 ____.

[Assinatura] Dr. [Assinatura]
Assinatura / CRM do médico
CRM: 22.933

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

CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
Nome: Alvaro Mariano da Silva
Data de Nascimento: ____/____/____ Registro: 120674
Setor: Verde Leito: ____

SINAIS VITAIS
PA: 168/110 T: 36,6°C HGT: ____
Observação: ____



ENTREVISTA
PERTENSO: SIM () NÃO (☒) MEDICAÇÃO EM USO: ____
DIABÉTICO: SIM () NÃO (☒) MEDICAÇÃO EM USO: ____
HÁBITOS: TABAGISTA: SIM () NÃO (☒) Há quantos anos: ____ Qtd/dia: ____
ETILISTA: SIM (☒) NÃO () Há quantos anos: ____ Qtd/dia: ____

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

ALERGIA		USO DE Sonda
IM () O (☒)	QUAL: ____ OBSERVAÇÃO: ____	SNE () SNG () SVD () Outra: ____
ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO IM () ÃO (☒)		DRENO SIM () NÃO (☒) Qual: ____ Local: ____
IM () ÃO (☒)	QUAL: ____ HORÁRIO DA ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO: ____	

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE
JEIUM: SIM (☒) NÃO () A partir do dia: ____/____/____ às ____ : Observação: ____
HIGIENIZAÇÃO: SIM (☒) NÃO () Observação: ____
RICOTOMIA: SIM () NÃO (☒) Observação: ____
RETIRADO ADORNOS: SIM (☒) NÃO () RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA: SIM () NÃO ()
CIRURGIAS ANTERIORES: SIM () Quais/Datas: ____
NÃO (☒)
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE: SIM () Quais/Datas: ____
NÃO (☒)
ULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO: SIM (☒) Observação: ____ LATERALIDADE DEMARCADA: SIM () NÃO ()
NÃO ()

Enfermeiro Responsável: _____
(Assinar e Carimbar)

[Handwritten signature and stamp]
COPIA

TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

NOME: _____ DATA NASC: _____
 REGISTRO: _____ DATA: _____ HORA: _____
 SETOR DE ORIGEM: _____

S	Situação (Enfermagem)	Nível de Consciência: <u>Consciente</u> HGT: <u>85</u> PA: <u>168/110</u> FC: <u>72</u> FR: _____ Oximetria: _____ () Tórax: () Tosse: () Sinais de TIRF Intubação nas: _____
B	Base do cenário (médico)	Antibiótico profilático: () Não () Sim anti-otico terapêutico: () Não () Sim Qual: _____ Horário: _____ Prognóstico: () Crônico () Não Crônico Nutrição: () jejum () Não
	Análise (Enfermagem)	Dispositivos invasivos: () Não () Sim // SVD () Não () Sim Alergia: <u>Não</u> () Sim Qual: _____ Hemoderivados: <u>Não</u> () Sim Qual: _____ Medicamentos de uso: _____ Risco: <u>Não</u> () Crítico <u>Não</u> () Não Crítico Grau de dependência: () Não () Alta dependência () Intermediária
	Recomendação (Enfermagem)	Exames Laboratoriais: <u>Não</u> () Não Colocado Qual: _____ Exames de Imagem: <u>Não</u> () Não Colocado Qual: _____ () Pendente _____ Curativa: <u>Não</u> () Não Colocado Qual: _____ Isolamento: () Não () Sim Qual: _____

Enviado por: Ass. Médico _____

Recebido por: Ass. Enfermeira _____

Ass. Enfermeira
 COREM 2020.10

Unidade da Cirurgia 43194 Sala 0002 SALA 02
Paciente 120874 CICERO MARINHO DA SILVA Atendimento 924019
Ordem de Atendimento 1 SUS - INTERNACAO Carteira
Leito 648 R. S. D. Idade 38 Anos
Dt Inicio 28/09/2019 23:00 Dt Fim 28/09/2019 23:00
Pós-Operatório
Pós-Operatório

Procedimento 0408050800 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA (PRINCIPAL)
Convênio 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia 86 RAQUI ANESTESIA + SEDACAO

QUIRURGAO 25593 VINICIUS SILVA COUTO
ANESTESISTA 22933 JULIA MARIA DE LIMA

Descrição Cirúrgica:

D. FRATURA EXPOSTA DE PERNA DIREITA
D. FIXADOR EXTERNO

QUIRURGAO DR EDIGLEY
AUXILIAR DR VINICIUS

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISEPSIA
APOSEIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
AMPLIAÇÃO DA LESÃO EM DIAFISE DA PERNA DIREITA
LIMPEZA COPIOSA COM SF 0.9%
REDUÇÃO DIRETA
FIXAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO LINEAR EM PERNA DIREITA
CURATIVO
CONTROLE

Hospital Dom Helder Camara
Ana Paula Souza
Faturamento / SAME
Em: 02 OUT. 2019

Observações Cirúrgicas:

Descrição Complementar

DR(A): VINICIUS SILVA COUTO
CRM: 25593

HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA

FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

28.09.19

Paciente

G. C. P. MA R. M. H. D. A. S. L. V. 120674

Sexo

Cor

Idade

Peso

M

P. A.

39

I E

CRM

229.73

Nome do Anestesiologista

JULIA LIMA

Nome do Cirurgião

V. M. P. S.

Medicação Pré-anestésica

Urgência

☐ NÃO☒ SIM

Cirurgia

TTO cirurgico potuo exposta do diafrma do tórax (M.D)

Hora

22:00

27h

H₂O

Líquidos

500

500

500

500

ECG

120

140

160

180

200

220

240

260

280

300

320

340

360

380

400

420

440

460

480

500

520

540

560

580

600

620

640

660

680

700

720

740

760

780

800

820

840

860

880

900

920

940

960

980

1000

1020

1040

1060

1080

1100

1120

1140

1160

1180

1200

1220

1240

1260

1280

1300

1320

1340

1360

1380

1400

1420

1440

1460

1480

1500

1520

1540

1560

1580

1600

1620

1640

1660

1680

1700

1720

1740

1760

1780

1800

1820

1840

1860

1880

1900

1920

1940

1960

1980

2000

2020

2040

2060

2080

2100

2120

2140

2160

2180

2200

2220

2240

2260

2280

2300

2320

2340

2360

2380

2400

2420

2440

2460

2480

2500

2520

2540

2560

2580

2600

2620

2640

2660

2680

2700

2720

2740

2760

2780

2800

2820

2840

2860

2880

2900

2920

2940

2960

2980

3000

3020

3040

3060

3080

3100

3120

3140

3160

3180

3200

3220

3240

3260

3280

3300

3320

3340

3360

3380

3400

3420

3440

3460

3480

3500

3520

3540

3560

3580

3600

3620

3640

3660

3680

3700

3720

3740

3760

3780

3800

3820

3840

3860

3880

3900

3920

3940

3960

3980

4000

4020

4040

4060

4080

4100

4120

4140

4160

4180

4200

4220

4240

4260

4280

4300

4320

4340

4360

4380

4400

4420

4440

4460

4480

4500

4520

4540

4560

4580

4600

4620

4640

4660

4680

4700

4720

4740

4760

4780

4800

4820

4840

4860

4880

4900

4920

4940

4960

4980

5000

5020

5040

5060

5080

5100

5120

5140

5160

5180

5200

5220

5240

5260

5280

5300

5320

5340

5360

5380

5400

5420

5440

5460

5480

5500

5520

5540

5560

5580

5600

5620

5640

5660

5680

5700

5720

5740

5760

5780

5800

5820

5840

5860

5880

5900

5920

5940

5960

5980

6000

6020

6040

6060

6080

6100

6120

6140

6160

6180

6200

6220

6240

6260

6280

6300

6320

PACIENTE: <u>RICARDO HORTENSO DA SILVA</u>				DATA: <u>28/04/2024</u>	
CIRURGIÃO: <u>DR. VICTOR</u>				RG: <u>12345678</u>	
ANESTESISTA: <u>DR. ALUIZ</u>		AUXILIAR: <u>RAFAEL</u>			
CIRURGIÃO: <u>DR. CARLOS</u>		ANESTESIA: <u>RAFAEL</u>			
ESTRUMENTADOR: <u>SEBASTIÃO</u>		COORDENAÇÃO DO BLOCO: <u>RAFAEL</u>			
CIRCULANTE: <u>HELENA</u>		COREN: <u>310432</u>			
ENFERMEIRA: <u>ADRIANA</u>		HONORÁRIO INICIAL:		HONORÁRIO FINAL:	
COREN 310432					

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
AGULHAS			
13X4,8	20X7	20X8	40X12
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUIL 23	RAQUIL 27
ATADURAS			
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM	
CANULAS			
ACQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
FOST 9,0			
CATETER			
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 18
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 18	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
LANINAS			
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	
ENTAL CIRUR			
BS. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA PI VIDEO	
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXÃO 2VIAS	CONEXÃO 4VIAS
ELTODOS	FILTRO UMIDIF.	GAZE	GELFOAM
CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
DRENOS			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 16	SUCÇÃO 3,3	SUCÇÃO 4,8	SUCÇÃO 6,4
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 38
SONDAS			
ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ. 2,0	ENDOTRAQ. 2,5	ENDOTRAQ. 3,0
ENDOTRAQ. 3,5	ENDOTRAQ. 4,0	ENDOTRAQ. 4,5	ENDOTRAQ. 5,0
ENDOTRAQ. 5,5	ENDOTRAQ. 6,0	ENDOTRAQ. 6,5	ENDOTRAQ. 7,0
ENDOTRAQ. 7,5	ENDOTRAQ. 8,0	ENDOTRAQ. 8,5	ENDOTRAQ. 9,0
FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
FOLEY 2VIAS 08	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 PIOSSO	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	ACO 1	ACO 4	ACO 6

COD. 38407

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Cícero Humberto da Silva Data: 28/09/19 Hora: 21:45 Registro: 120
Correlato: 505 Leito: País: Altura:

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Vitorino Anestesiologista: Dr. J. J. J.
Auxiliar: 2º Auxiliar: Instrumentador:

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Proctotomia e pectotomia Início: 22:10 Término: 23:10
Anestesia: Proctotomia e pectotomia Início: 21:55 Término: 23:10

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

Estado Geral: () Bom (x) Regular () Grave
Nível de Consciência: (x) Orientado () Consciente () Sonolento () Coma
Aspiração: (x) Espontânea () Entubado () Traqueostomizado
Mecotomia: () Sim (x) Não
Chegou no CC em uso de: marca Somat

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

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

6 - EQUIPAMENTOS:

Esfigmômetro de Pulso (x) Monitor Cardíaco (x) FMI (x) Bomba CEC Aspirador
Colchete Térmico () Eletrodo Ultrassônico () Artroscópio () Microscópio Capnógrafo
Sutura Elétrica () Local da Peça () Intensificador ()
Linha de Anestesia (x) Difusor () Bomba de Infusão () Nº ()
p. Vídeo () Início 21:50 Término
rotatório () Início Término
de Carbono () Início Término

Outros:

7 - PROCEDIMENTOS:

Insula Orotraqueal: Sim () Não (x) Função Venosa: Sim () Não (x)
Insula Vesical de Demora: Sim () Não (x) Sonda Gástrica: Sim () Não (x)
Sugagem (Tipo e Local): Sim () Não (x)
Infusão (Tipo e Local): Sim (x) Não () HEP (Pulmão)

8 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

TESTE: CIRURGIA:

OBSERVAÇÕES:

Paciente encaminhado para Su, sem
intercorrência

PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Insula: Acordado (x) Narcose () Entubado () Traqueostomizado ()
Sintetizado para: SPPA (x) S. Intensiva () LICOR () UTI () Ap* () Respi

28/09/19 Hora: 23:10 Enfermeiro: Amé Circulante:

IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: Cícero Henrique da Silva Data: 28/09/19 Registro: 120674
Convênio: SUS Leito: _____ Hora: 21:40

2. Equipe médica:

Cirurgião: DME Vinicius 1º auxiliar: _____
Anestesista: Dra. Julia Instrumentador: Silvaneide
Circulante: Mônica Mônica M. P. de S. 10/1/1988
Téc. de Enfermagem
COREN 310132

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
- Loop - copote	blue → black STEAM	
- BSC MMII - Ponto de Foco	blue → black STEAM	
- BSC Anestesia - Atadura	blue → black STEAM	
- Bandagem - ex. Tubo a Tubo Préformado	blue → black STEAM	
	blue → black STEAM	
	blue → black STEAM	blue → black STEAM
	blue → black STEAM	blue → black STEAM
	blue → black STEAM	blue → black STEAM
	blue → black STEAM	blue → black STEAM

CÓD



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

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 120674

Nome: CICERO MARINHO DA SILVA

Mãe: MARIA SATURNINO DA SILVA

End.: RUA PROFESSOR JOAQUIM AMAZONAS

Enferm.: BL-5 D

Atendimento: 524918

Leito: 849

Dt. Cad: 28/09/2019

Dt. Nasc: 06/10/1979

Bairro: SUCUPIRA

Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES

CNS:

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- ☒ Confirmação sobre o paciente
 - Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado
 - Consentimento informado realizado

- ☒ 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?

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

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

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- ☐ Sim
- ☐ Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

- ☒ Sim
- ☐ Não se aplica

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

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

Forat. exp. Taba
7

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

001

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

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

☐ Paciente

☐ Responsável

Autorizo o Dr^o(a), _____, credenciado(a) pelo Hospital Dom Helder Câmara, a realizar o(s) seguinte(s):

- ☐ Tratamento: _____
☐ Assistência clínica: _____
☐ Procedimento: _____ ou _____
☐ Exame: _____
a que será submetido.

Declaro que estou ciente dos benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis que me foram explicadas claramente pelo médico, Dr^o(a), _____, CRM: _____ e que tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no Hospital para se obter o melhor resultado.

Estou ciente de que podem ocorrer complicações durante o Tratamento/Assistência Clínica/Procedimento ou Realização de exame, assim como poderá ser necessária a modificação da proposta inicial em virtude de situações imprevistas.

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

☐ PACIENTE / ☐ RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Sandra Helena Oliveira Santos RG: 5.174946

Data de nasc.: 28 / 12 / 72 Grau de parentesco: Amiga

Cabo de Santo Agostinho, 28 de Setembro de 20 19

Sandra Helena Oliveira Santos
Assinatura do paciente/representante legal

Preenchimento Obrigatório Médico

Eu, _____, CRM: _____, médico responsável pelo esclarecimento do procedimento, prestei todas as orientações necessárias solicitadas pelo paciente referente ao termo de consentimento informado.

☐ Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento informado, por tratar-se de situação de Emergência

Cabo de Santo Agostinho, ____ de ____ de 20 ____

Assinatura / Carimbo do médico

Rodovia BR 101 Sul - KM 28, Cabo de Santo Agostinho - PE; CEP 54510-000

Fone: 3183-0000

CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM
AUXILIAR/TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: Osório Marinho da Silva Registro: 120674
Clínica: Blaco cirúrgico Enfermaria: SR Leito: 02
Sexo: M Peso de admissão: _____ Kg Peso Atual: _____ Kg
Hipótese Diagnóstica: Inf. aguda de tórax

HORA: _____ PLANTÃO DIURNO: _____ 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: _____

HORA: 20:00 at 07:00 PLANTÃO NOTURNO: Par DATA: 28.10.19
Estado Geral: () Regular () Grave () Gravíssimo
Dieta: () VO () SNG () SNE () SML () SOG () Dieta Zero
Padrão Respiratório: () Eupneico () Taquipneico () Bradipneico
Acesso Venoso: () Periférico () Central Local: USE
Curativo: () Sim () Não Local: _____
Drenos: () Sim () Não Local: _____
Evacuações: () Presente () Ausente Aspecto: _____

Observações: Recebe o paciente com EGR, consciente
orientado, Eupneico normotenso, normossigúico
Hebíl, gasta dieta oferecida, Fel. Med. do
EPM, segue com os cuidados de enf. e SS.
de enf.

Auxiliar / Técnico de Enfermagem: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Técnico de Enfermagem	Horário	Responsável

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

NOME **Cicero Marinho da Silva**

FILIAÇÃO
Ailton Felix Marinho
Maria Saturnino da Silva

NATURALIDADE Recife - PE
DATA NASCIMENTO 06/10/1979
ORGÃO EXPEDIDOR SDS/PE
TIPO SANG./FATOR RH
OBSERVAÇÃO

Cicero Marinho da Silva
Assinatura do Identificado

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PROIBIDO PLASTIFICAR

1. FIM Nº 17.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

REGISTRO GERAL **5.300.496** DATA DE EXPEDIÇÃO **04/11/2019**

REGISTRO CIVIL
Matri.: 073478.01.55.1984.1.00019.150.002217.52 Recife - PE 27/04/2012

CPF 040.405.604-00 DNI

T. ELEITOR CTPS SÉRIE UF
91202 0046 PE

NIS/PIIS/PASEP IDENTIDADE PROFISSIONAL

CERT. MILITAR

CNH CNS

Pablo Augusto Távares da Cunha
Pablo Augusto Távares da Cunha
Gerente do IITB/PE

EC-09

Polegar Direito

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

LC

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURLI

C-23

POLEGAR DIREITO

Fuliana Maria da Silva Nascimento
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0473034/19

Vítima: CICERO MARINHO DA SILVA

CPF: 040.405.604-00

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/09/2019

Titular do CPF: CICERO MARINHO DA 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

JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO : 111.691.044-60

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

CICERO MARINHO DA SILVA : 040.405.604-00

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: 31/12/2019
Nome: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO
CPF: 111.691.044-60

JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/12/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000009 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CICERO MARINHO DA SILVA **Data do acidente:** 28/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO PLACA E PARAFUSO) P11 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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

PROCURAÇÃO

Outorgante: Cícero Marinho da Silva, Brasileiro(a), Estado Civil solteiro, Profissão Serviços Gerais, Residente e domiciliado à Rua Rua Joaquim Amazonas, nº 320, Bairro Pacemeo, Município de: Jaboatão, Estado PE, Cep 54.280-070, Rg nº 5300496, órgão emissor SDS/PE e CPF nº 040.405.604.00

Outorgado(a): Juliana Maria da Silva Nascimento, inscrito(a) no CPF sob o nº 111.691.044-60, Rg: 9.272.633, órgão emissor SDS-PE, estado civil: Solteira, Profissão: Autônoma. Com endereço na Tv. 3 Sempre Viva, Nº 78, Curado II, Jaboatão dos Guararapes-PE. Cep: 54000-000

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) Outorgado (a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer

Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) Cícero Marinho da Silva, ocorrido em 28/09/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo o(a) dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante junto a seguradora Líder dos consórcios DPVAT, podendo, para tanto, praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste mandato.

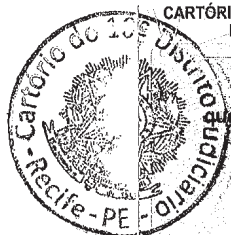
Recife, 18, de NOVEMBRO de 2019



CICERO MARINHO DA SILVA

Outorgante

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DO 10º DISTRITO JUDICIÁRIO DA CAPITAL - RECIFE - PE
Rua Falcão de Lacerda, 329 - Tejuipó - CEP: 50930-010 - Fone: (81) 3251-5130

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de
CICERO MARINHO DA SILVA
que confere c/ o padrão reg. neste cartório. Dou fé.
Recife, 18 de novembro de 2019 11:56:17.

Em testemunho da verdade.
Gilda Magalhães Hermínio (Escrivente)

Selo: 0073478.HPK11201902.01094

Emol: R\$ 3,38 TSNR R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40 FERM R\$ 0,04 FINEP R\$ 0,18 ISS R\$ 0,20 Total R\$ 4,91

Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/seledigital



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0473034/19

Número do Sinistro: 3200000009

Vítima: CICERO MARINHO DA SILVA

CPF: 040.405.604-00

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CICERO MARINHO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 13/01/2020

Nome: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

CPF: 111.691.044-60

JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/01/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos