



Número: **0059991-06.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Ipojuca**

Última distribuição : **05/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MOISES SERAFIM DE SOUZA (AUTOR)		ABRAAO FIRMINO DO NASCIMENTO (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62436509	25/05/2020 15:22	2723007_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE IPOJUCA/PE

Processo: 00599910620198172001

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresa seguradora com sede à Av. Marques de Olinda, 175 - Bairro do Recife - Recife - PE - CEP: 50030-000, inscrita no CNPJ sob o número 33.054.826/0001-92 e **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MOISES SERAFIM DE SOUZA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor:

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **02/11/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 08/02/2018.

Cumprе esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**" (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossigue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **02/11/2017**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**.

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº



6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”



DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁷.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁸.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

⁶ "PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor." (TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷ "SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

⁸ art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.



CONCLUSÃO

Considerando a sua criação com a única finalidade de atuar como administradora do Seguro Obrigatório DPVAT, requer a substituição do pólo passivo para que passe constar a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT.

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Súmula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

IPOJUCA, 22 de maio de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.



TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **MOISES SERAFIM DE SOUZA**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **IPOJUCA**, nos autos do Processo nº 00599910620198172001.

Rio de Janeiro, 22 de maio de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





Número: **0059991-06.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Ipojuca**

Última distribuição : **05/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MOISES SERAFIM DE SOUZA (AUTOR)		ABRAAO FIRMINO DO NASCIMENTO (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62436517	25/05/2020 15:22	ANEXO 1	Outros (Documento)

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 COAF**².

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 nº9.613/98.

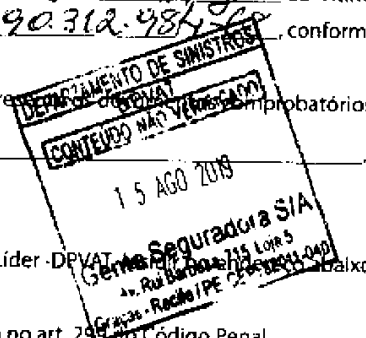
Pelo exposto, eu Artur Valeriano da Costa Neto inscrito (a) no CPF 817.008.064 194
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Moisés Serafim de Souza inscrito
(a) no CPF sob o Nº 590.312.984-68, do sinistro de DPVAT cobertura Invalididade da Vítima
Moisés Serafim de Souza, inscrito (a) no CPF sob o Nº 590.312.984-68, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os seguintes comprovatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, 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 Apuleu Vieira</u>		Número <u>113</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Varzea</u>	Cidade <u>Recife</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>50810-370</u>
Email _____		Telefone comercial (DDD) _____	Telefone celular (DDD) <u>81 987169468</u>

Recife 13 de Agosto de 2019
Local e Data

Artur V. Costa Neto
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 402488

Senha da Classificação:

Data e Hora: 02/11/2017 07:02

9007

Paciente: 99260 MOISES SERAFIM DE SOUZA

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 03/08/1967

Idade: 50 anos

Convenio: 2

SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: ALZIRA MARIA DE SOUZA

Nome do Pai: ALFREDO SERAFIM DE SOUZA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Endereço: RUA NOVA DESCOBERTA

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: IPOJUCA

PE

Usuário Atendimento: JAIDETTENS

RG (Identidade): 3489028

SDS PE

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 59031298468

Fone: 994748121

Cartão SUS:

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

Vitima de colisão moto com carro da sua
pneu (D)

Exame Físico

Edema, deformidade, limitação funcional
e EV preservada

tese Diagnostico

fratura exposta do osso da perna (D)

Conduta Terapeutica

AO BC

Prescrição Médica

Cefalotina 2g + AD EV qd 4h
Ver Jm
Dipirona 2g + AD EV qd 4h

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 AGO 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife / PE - CEP: 51140-000

Francisco Ferreira
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 22424

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE
CENTRO DE PACIENTES

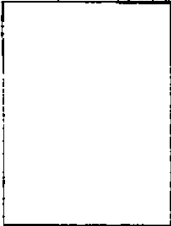


HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 02/11/2017 06:58

	Nome Paciente:	MOISES SERAFIM DE SOUZA
	Cód. Paciente:	99260
	Data de Nascimento:	03/08/1967
	Sexo:	Masculino
	Idade:	50
	Senha:	0007
	Convênio:	2 - SUS/SIA AMB/URG
	Atendimento:	402488 
	SAME:	

Período: 02/11/2017 07:14 - 02/11/2017 07:15

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

Prioridade: **URGÊNCIA - AMARELO**

Cor:  AMARELO

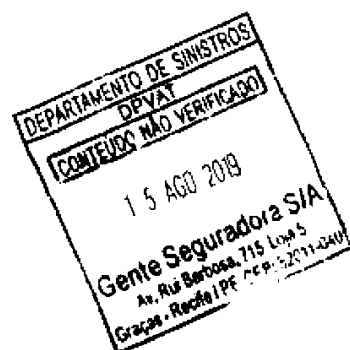
Queixa Principal: PCT ENCAMINHADO DO HNSO, SENHA: 5290018, COM QUEIXA DE DOR EM MID, APOS COLISAO MOTO E CARRO.
PRESENÇA DE ESCORIOCOES EM MSD

Servação: NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR MODERADA (4-7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



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

Data Impressão: 02/11/2017 07:15

Página 1 de 1



Data: 20/08/2018
Hora: 18:17:50
SAME: 99260

Pedido: 340663 Atendimento: 452311 Idade: 51a 0m 18d
Paciente: 99260 MOISES SERAFIM DE SOUZA
Médico Solicitante: CRM - 13526 HOMERO RODRIGUES SILVA NETO
Data da Solicitação: 20/08/2018 Hora: 13:07:12 Dt. Realiz.: 20/08/2018
Convênio: SUS/SIA AMB/URG Origem da Solicitação: EXTERNOS - AMBULATORIO
Unidade Internação: Enfermaria: Leito:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA PERNA DIREITA

INDICAÇÃO

Pseudoartrose

TÉCNICA

Foram obtidas imagens axiais com posterior reconstrução multiplanar e em 3D, sem a injeção de meio de contraste.

ANÁLISE

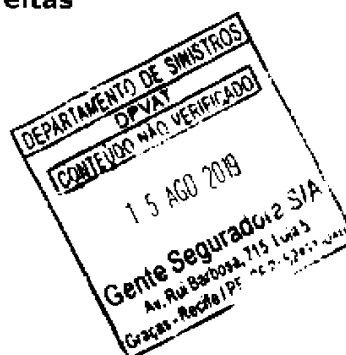
Fratura consolidada no terço proximal da tíbia.

Fratura completa no terço médio da tíbia apenas parcialmente consolidada com calo ósseo incompleto e incipiente.

Evidenciam-se dois parafusos metálicos paralelos na metáfise distal da tíbia normoimplantados e sem sinal de infecção.

Há ainda fraturas não consolidadas nos terços proximal e médio da fíbula.


Dra. Jandilema Freitas
CRM 22158



Resumo de Alta Hospitalar

PACIENTE: MOISES SERAFIM DE SOUZA

REG: 99260

IDADE: 50

DATA ADMISSÃO: 06/12/2017

DATA ALTA: 06/12/2017

DIAGNÓSTICO:

FRATURA SEGMENTAR DE TIBIA DIREITA

1) Conduta/ Procedimentos Realizados:

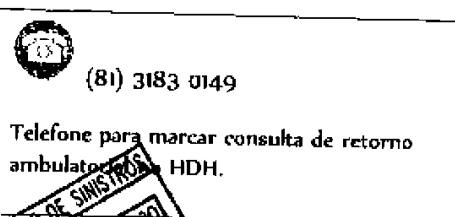
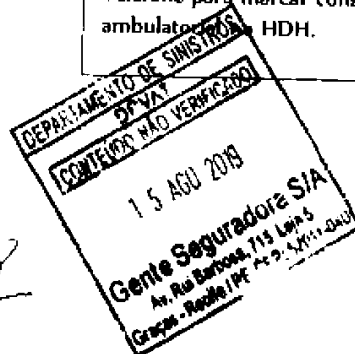
TRATAMENTO CONSERVADOR COM ORIENTAÇÕES. OPTADO TRATAMENTO COM FIXADOR EXTERNO DEVIDO CONDIÇÕES DE PARTES MOLES. SEGUE DE ALTA COM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

ALTA AMBULATORIO DE ORTOPEDIA EM 2 SEMANAS

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

Francisco V. Mello
Ortopedia e Traumatologia
CRM 20421



99260

27-12-2017

00:00



Resumo de Alta Hospitalar / Orientação Final / Ficha de Esclarecimento

Nome: Mendes, Sereygn de Souza Registro nº 99260
Idade: 51 Sexo: M Data da Admissão: 07/06/19 Data da Alta: 08/06/19

Diagnósticos Definidos:

Pneumonia tratada e
curada

Conduta / Procedimentos Realizados:

Revisão do ptador
externo circular de Tórax

Prescrição para o Domicílio:

Grav. PTB
curada

Informações Complementares:

Programação após Alta Ambulatório de Egresso: SIM ☒

Data da Consulta: 30 dias

NÃO ☐

Assinatura do Médico e Carimbo

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



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001
Data.: 07/11/2017
Hora.: 16:05

Aviso de Cirurgia : 33613 Sala : 0001 SALA 01
Paciente : 99260 MOISES SERAFIM DE SOUZA Atendimento : 402499
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 31 405 - 01 - LT CMEDICA Idade : 50 Anos
Dt. Início : 07/11/2017 15:30 Dt. Fim : 07/11/2017 16:09

d Pré-Operatório :

d Pós-Operatório :

Procedimento: 0408050551 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

CIRURGIAO 14861 REINALDO MENDES DE CARVALHO
ESTESISTA 15883 DEBORA SPENCER DE CASTRO LEITAO

Descrição Cirúrgica :

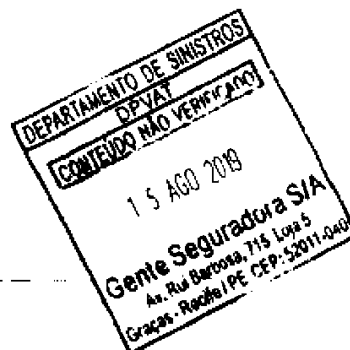
FRATURA DE PLANALTO TIBIAL DIREITO
CD FIXAÇÃO COM PARAFUSOS CANULADOS

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA
2. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. REDUÇÃO INCUENTA DA FRATURA COM AUXÍLIO DE INTENSIFICADOR DE IMAGENS
4. PASSAGEM DE 3 FIOS GUIAS SEGUIDO DE FRESAGEM CORTICAL
5. FIXAÇÃO COM 3 PARAFUSOS CANULADOS (DOIS 75MM + UM DE 50MM + 3 ARRUELAS)
6. AVALIAÇÃO COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS
7. LIMPEZA COM SF 0.9% + SUTURA DA PELE
8. CURATIVO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar



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

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001
Data.: 02/11/2017
Hora.: 10:54

Aviso de Cirurgia : 33544 Sala : 0003 SALA 03
Paciente : 99260 MOISES SERAFIM DE SOUZA Atendimento : 402499
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 649 BL-5 D Idade : 50 Anos
Dt. Início : 02/11/2017 09:53 Dt. Fim : 02/11/2017 10:53

Sid Pré-Operatório :

Sid Pós-Operatório :

Procedimento: 0408050500 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

Cirurgião: 16548 MARCELO HENRIQUE DE MELO LUNA MACHADO
Anestesta: 17271 MARIA EMILIA COELHO COSTA CARVALHO

Descrição Cirúrgica :

FRATURA EXPOSTA GRAVE PERNA DIREITA GUSTILO IIIB
CIRURGIA PROPOSTA: LC + FIXADOR EXTERNO
CIRURGIÃO: MARCELO MACHADO
ANESTESISTA: EMILIA

- 1 PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
- 2 ASSEPSIA + ANTISEPSIA MID + APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS
- 3 LIMPEZA COPIOSA DO FERIMENTO EM 1/3 DISTAL DA TIBIA, FRAGMENTO OSSEO DE +- 7 CM DESVIADO E DESPERIOTIZADO
- 4 REALIZADA REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO
- 5 SUTURA DE FERIMENTOS
- 6 CURATIVO

* FRATURA EXPOSTA GRAVE DE ALTA ENERGIA, SEGMENTAR E COMINUIDA. FRAGMENTO GRANDE DE +- 7 CM DESVIADO, ESXPOSTO E DESPERIOTIZADO
* CHANCE DE INFECÇÃO E NECROSE

achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Marcelo Machado
Cirurgião - Traumatologia
CRM 16548

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

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA





IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: MOISES SERAFIM DE SOUZA Data: 09/11/17 Registro: 99260
Convênio: SUS Leito: _____ Hora: 16:10

2. Equipe médica:

Cirurgião: DR. RIVALDO MENDES 1º auxiliar: DR. CLOVIS
Anestesista: DR. DEBORA SPREBER Instrumentador: CARLOS
Circulante: _____
Valiane Maurício da Silva
Téc. de Enfermagem

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
LAP	04.11.17 02	04.11.17 02
CADOTE	04.11.17 02	04.11.17 02
B. MMII	04.11.17 02	04.11.17 02
PUNHO DE FOCO	04.11.17 02	04.11.17 02
CAVETA BISTURI	04.11.17 02	04.11.17 02
KIT ANESTESIA	04.11.17 02	04.11.17 02
CHAVE DE BOCA	04.11.17 02	04.11.17 02
ATAQUEA CERE 10 CM	04.11.17 02	04.11.17 02
15 CM	04.11.17 02	04.11.17 02
EX. CAVULADO 7-0	04.11.17 02	04.11.17 02
(CROMUS)	04.11.17 02	04.11.17 02
SACO	04.11.17 02	04.11.17 02
MOTOR BROCA e CHAVE	04.11.17 02	04.11.17 02
FIO DE K. U. 2.5	04.11.17 02	04.11.17 02
ELABORADO	04.11.17 02	04.11.17 02





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE
HOSPITAL DOM HELDER CÂMERA

ADMISSÃO
DATA: 21/11/19 HORA: 15:25



HISTÓRICO

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Moisés Souza Registro: 99260 Clínica: _____
Enfermaria: _____ Leito: 405.1 Diagnóstico: _____

2. QUEIXAS PRINCIPAIS

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

Alergias Quais: diapirina Tabagismo () Etilismo () Cardiopatia () Diabetes () HAS () Epilepsia () Depressão () Câncer () Doenças pulmonar () Cirurgias Anteriores Quais: _____

EXAME FÍSICO

4. ESTADO GERAL

ESTADO GERAL: ☒ Bom () Regular () Grave

5. INTEGRIDADE DA PELE

☒ Normocorado () Hipocorado () Cianótico () Cianótico () Anictérico () Ictérico () Pele fria () Pele úmida () Reações Alérgicas () EDEMAS () Face () Pálpebra () MMSS () MMII () Anasarca () LESÃO POR PRESSÃO LOCAL _____

6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ Consciente () Inconsciente () Orientado () Desorientado () Torporoso () Sedado
PUPILAS: () Normais () Isocólicas () Anisocólicas () Estrabismo () Midriase () Miose () Fotorreagente

7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL: ☒ Cooperativo () Chorooso () Irritado () Sonolento () Ansioso () Agitado

8. SINAIS VITAIS

Afebril () Febril T. AXILAR= _____ °C FR _____ IPM Sat O2= _____ Eupneico () Dispneico () Traqueostomia () Intubado
URMÚRIOS VESICULARES: ☒ Presentes () Ausentes () Diminuídos RUIDOS ADVENTÍCIOS: () Roncos () Sibilos () Crepitações FC _____ bpm
PA: _____ X _____ mmHg PULSO: () Filiforme () Cheio () Rítmico () Ausente ACESSO VENOSO: () Periférico Local: _____
() Central Local: _____

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

DIETA: () VO () SNG () SNE () GTT ABDOME: () Flácido () Tenso () Distendido () Globoso () Doloroso () Plano
() Ascítico () Gravidico EVACUAÇÃO: ☒ Normal () Constipação () Flatos () Diarréia Nº evacuações _____ Aspecto: () Normal () Mucoso
() Líquido () Melena () Odor fétido () Odor Característico () ÊMESE Aspecto: () Hematêmase () Com resíduo alimentar

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

DIURÊSE: ☒ Presente Aspecto: _____ () Ausente () Espontânea () SVD () SVA () Cistostomia () Irrigação () Anúria
() Disúria () Hematúria () Oligúria () Polaciúria

11. SISTEMA MUSCULOSQUELÉTICO

MOBILIDADE: ☒ Ativa () Passiva MOVIMENTO CONSERVADO: ☒ Sim () Não FORÇA MOTORA: ☒ Sim () Não () PARESIA Local: _____
() AMPUTACÃO Local: _____ () GESSO Local: _____ () TALA GESSADA Local: _____
Outros: _____

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica
FC- Frequência Cardíaca
a Nasogastrica

MMSS- Membros Superiores
VO- Via Oral
SNE- Sonda Nasoenteral

MMII- Membros inferiores
SVD- Sonda vesical de demora
VAS- Via Aérea Superior

FR- Frequência respiratória
SVA- Sonda vesical de alívio
GTT- Gastrostomia





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: 02

Nome: Neves Sinalum Sousa Data: 07/11/11 Hora: 16:15 Registro: 99260
Leito de origem: 405-01

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Nº 01 - Fract: Placa tibial direita
Tipo de anestesia: Raqui + Sedação
Equipe: Dr. Reinhold Anestesiista: Dr. D. D. D.

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: em SE
Acesso Venoso Central: ☒ Não () Sim Onde: _____
Drenos: ☒ Não () sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 91 x 60 mmHg FR: — p/min FC: 85 p/min SaPO2: 98%
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	<u>16:30</u>	<u>16:45</u>	<u>17:15</u>	<u>17:45</u>	<u>18:15</u>	
FR	<u>107 x 62</u>	<u>107 x 67</u>	<u>114 x 62</u>	<u>97 x 64</u>	<u>112 x 71</u>	
FC	<u>87</u>	<u>86</u>	<u>75</u>	<u>78</u>	<u>86</u>	
SaPO2	<u>96%</u>	<u>96%</u>	<u>95%</u>	<u>97%</u>	<u>95%</u>	
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

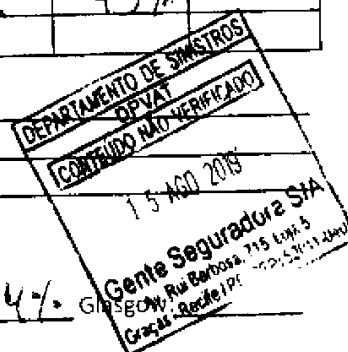
6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: 106 x 68 FC: 86 FR: — SaPO2: 94%

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

Data: 07/11 Horário: 18:00 Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico: Amaci



COD 38394

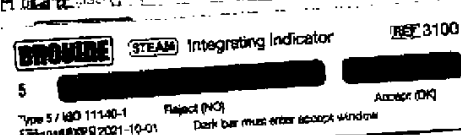
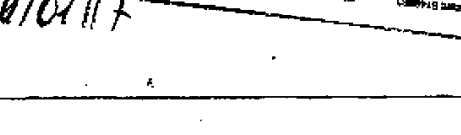


1. Identificação

Nome: Miguel Serafim de Sousa Data: 02/11/17 Registro: 99260
Convênio: SUS Leito: _____ Hora: _____

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. Marcelo 1º auxiliar: _____
Anestesiista: Dr. Emilio Instrumentador: Rafael
Circulante: Wanessa

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
<u>Pinça maior</u>	HDH-CME-MSS 01.11.17 01	
<u>ex. tubo de tubo</u>	08.11.17 1062	
<u>Scap</u>	HDH-CME-MSS 01.11.17 02	
<u>Passo</u>	01.11.17 1062	
<u>Expt.</u>	HDH-CME-MSS 01.11.17 02	
<u>Ponta apunador</u>	01.11.17 1062	
<u>Expt. de fôrça</u>	HDH-CME-CLF 01.11.17 02	
<u>Punção de fôrça</u>	01.02.18 1064	
	MOTOR BROCA 008 FUNDACAO PROFESSOR MARTINIANO FERREIRA CME	
	 002790487	
	LOTE: 200381 PLASMA EST: 31.10.2017 VAL: 31.10.2018	
	CAMILA FIGUEIREDO COREN-PE 148615 WWW.EMERFASTER.COM.BR	





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Leito da SRPA: 01

1. Identificação

Nome: Marcos Sirofian de Souza data 04/11/12 Hora: 10:55 Registro: 99260
Leito de origem: 405-1

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Fratura de ossos de punho direito
Tipo de anestesia: Perif Anestesista: Dr. Emílio
Equipe: _____

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: MSE
Acesso Venoso Central: () Não () Sim Onde: _____
Drenos: () não () sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 115 x 64 mmHg FR: 12 p/min FC: 81 p/min SaPO2: 96
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	<u>110/70</u>	<u>115/75</u>	<u>120/80</u>	<u>120/85</u>	<u>120/85</u>	<u>120/85</u>
FR	<u>12</u>	<u>12</u>	<u>12</u>	<u>12</u>	<u>12</u>	<u>12</u>
FC	<u>82</u>	<u>80</u>	<u>80</u>	<u>68</u>	<u>77</u>	<u>81</u>
SaPO2	<u>95%</u>	<u>95%</u>	<u>96%</u>	<u>91%</u>	<u>95%</u>	<u>97%</u>
Glasgow	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

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

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

Data: _____ Horário: _____ Responsável pelo encaminhamento: _____

Dr. Maria Lúcia
Médica Assistente
223124



MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

DATA: 05/07/2019
RG: 09260

ACIDENTE: MOISES SERAFIM DE SOUZA
CIRURGIÃO: DR. REINALDO MEUNDES
ANESTESISTA: DR. DEBORA SPENCER
CIRURGIÃO: TT. CIE. FRATURA DO PLATO TIBIAL (1)
INSTRUMENTADOR: CARLOS
RECULANTE: LILIANE
INFERMEIRA: RAFAELA
COORDENAÇÃO DO BLOCO: MANUELA
COREN: 518.179
HORÁRIO INICIAL: 15:15
HORÁRIO FINAL: 16:00

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 01			
13X4,5	25X7	25X8	40X12
CARDIOPLÉGICA	STIMUPLEX	RAQUE 26	RAQUE 27
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM	
AQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
AQUEOST 9,0			
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 18	SUBOLAVIA 18
PERIDURAL 17	JELCO 14	JELCO 16	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX
BOMBA	BOMBA FOTO	P/BANGUE	P/BORO MACRO
20CM	40CM	60CM	120CM
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 13	BISTURI 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 8	
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5
1ML	5ML	10ML	
20ML	50ML	60ML CATETER	
AVENTAL CIRUR.	BS.COLOS	COMPRESSAS	CAPA PMDBO
COLET.ABERTO	COLET.FECHADO	CONEXÃO 2VIAS	CONEXÃO 4VIAS
ELETRODOS	FILTRO.UMIDIF	GAZES	GELFOAM
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV.URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSFUSOR	TRANS.PRESSÃO

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 01			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCÇÃO 3,2	SUCÇÃO 4,0	SUCÇÃO 6,4
BLAKER 18FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 34
ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ. 2,0		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
ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDIACA
CROMADO 6	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
SIMPLES 6-0	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 6-0
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	CERA P/DSECO	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGICEL 6X75	ACO 1	ACO 4	ACO 6

DEPARTAMENTO DE MATERIAIS
CONTROLE DE QUALIDADE
15 AGO 2019
Instituto Seguradora SIA
Av. Brasília, 115 Lote 5
Brasília - DF CEP: 70110-040

Dr. Maurício da Silva
Cf. de Enfermagem
COREN 673179



MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

DATA:

RG:

PACIENTE: Marcelo Sampaio de Souza
CIRURGIÃO: Dr. Marcelo
ANESTESISTA: Dr. Emiliano
CIRURGIÃO: Dr. Carlos da Rocha
ESTRUMENTADOR: Rafael
CIRCULANTE: Marcelo
ENFERMEIRA: Rafaela
AUXILIAR: Rafael
ANESTESIA: Rafael
COORDENAÇÃO DO BLOCO: Rafael
COREN: Rafael
HORÁRIO INICIAL: 08:00
HORÁRIO FINAL: 10:45

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

AGULHAS			
13X4,5	25X7	25X8	40X12

CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27
---------------	-----------	----------	----------

ATADURAS			
TEPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM

GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM	
--------------	--------------	--------------	--

CANULAS			
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5

TRAQUEOST 9,0			
---------------	--	--	--

CATETER			
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 18

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

DRENOS			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14

KHER 18	SUCCAO 3,2	SUCCAO 4,8	SUCCAO 6,4
---------	------------	------------	------------

BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
-------------	-------------	----------	----------

TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36
----------	----------	----------	----------

SONDAS			
ENTERAL 10	ENTERAL 12		

ASPIRACAO 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 CIRURGICOS			
ALGODAO 0	ALGODAO 2-0	ALGODAO 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/OSSO	MARCAPASSO	VALVEKIT
------------	-------------	------------	----------

SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
----------	----------	--------------	--------------

SURGIGEL 5X75	ACO 1	ACO 4	ACO 6
---------------	-------	-------	-------

CÓD. 38407





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

Paciente

011 SIEIS SÉRAFINI DE SOUZA

Sexo
M

Cor
PD

Idade
50

Risco
ASA II

CRM

Nome do Anestesiologista

7271 MARIA EMILIA

Nome do Cirurgião

MARCELO MACHADO

Medicação Pré-anestésica

Não por 49260.

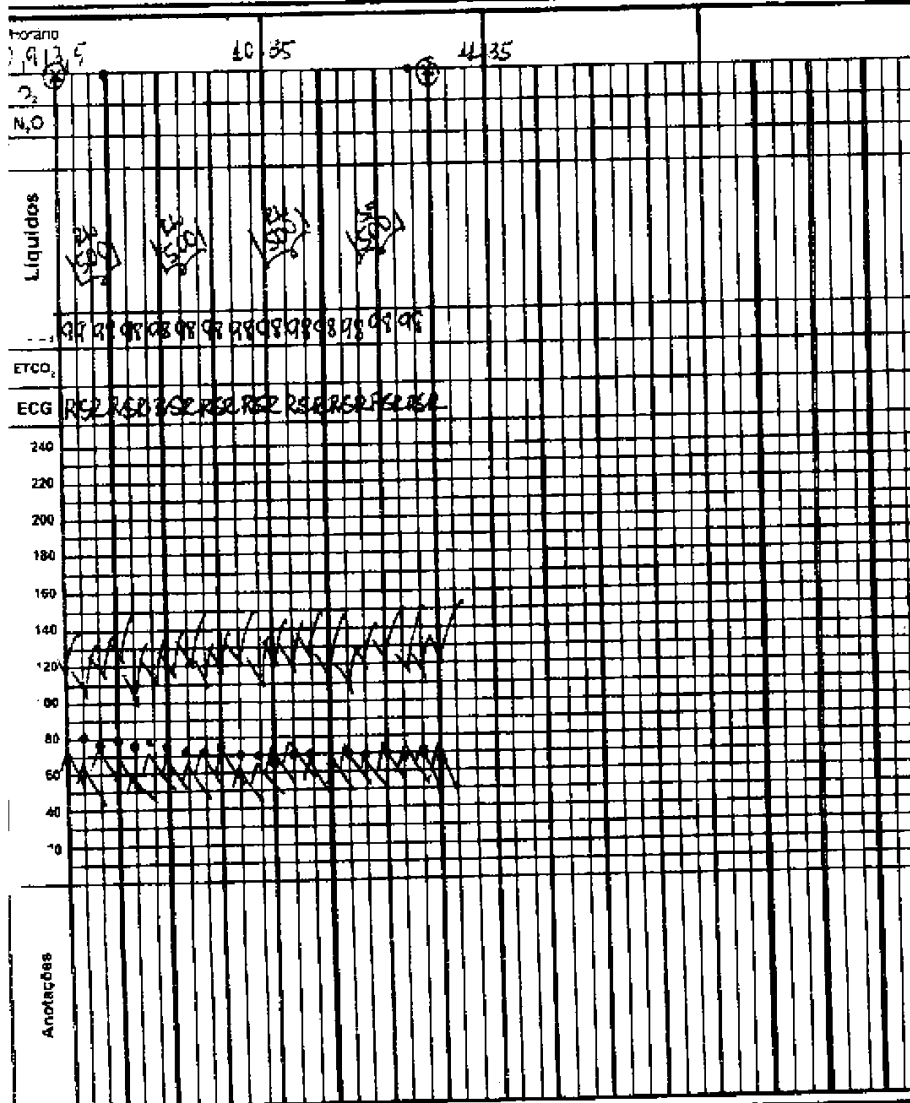
Urgência

☐ NÃO

☒ SIM

Cirurgia

Tratamento cirúrgico fraturas expostas ossos peroneos (D)



Drogas Usadas

Quantidade

1. Rintanil	100mg
2. Bupivacaína pesada	15mg
3. morfina	60mg
4. cefazolina	02g
5. dexametasona	10mg
6. Dipirona	02g
7. Petidina	30mg

Técnica Anestésica Raquianestesia:

DDH → monitorização → vaso-
clise prévia patente MSE J184 →
sentado → aspiração de dor-
so → punção raquidiana
mediana 14-15 cm agulha
quinte 25G → saída 10G →
injeção de 2 + 3 → DDH →
manutenção ~~~~~

Monitorização

☐ BIS

☒ Cardioscópio

☐ Temperatura

☒ Oxímetro

☐ Swan-Ganz

☒ PNI

☐ Analisador Gases

☐ Sonda Vesical

☐ PVC

☐ Capnógrafo

☐ Estimulador de Nervo

☐ Estet. Pre-Cordial

☐ Linha Arterial

☐ Outros

☐ Volume IBP Plus

Encaminhado

☒ Acordado

☐ Sonoletivo

☐ Intubado

Destino

☒ SRPA

☐ Apart/Enf.

☐ UTI

☐ Externo

Intercorrência:

☒ NÃO

☐ SIM

Descrever:

rua alergias ou comorbidades

Observações:

Assinatura do Anestesiologista
Dra. Maria Emilia Caetano
CRM: 1000 223



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

03.09.17

Paciente Menses Scarpim de Souza

Sexo

Cor

Idade

Risco

M

P

50

I

CRM

Nome do Anestesista

Nome do Cirurgião

Medicação Pré-anestésica

Urgência

☐ NÃO

☒ SIM

Cirurgia

tratamento cirúrgico de fratura
do osso da mão direita (PLATO TIBIAL)

REG: 99260

P: 50kg

Horário

15:15

1h

N.O

Líquidos

ETCO₂

ECG

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

Anotações

Drogas Usadas

Quantidade

Fentanyl 100 mcg

Dormomid 5 mg

Bupr 0,5, ISO 17,5 mg

Amor + 80 mg Espirid

Sufentanil 3 mg (1 mg)

Cefazolin 2g

Dexametasona 10 mg

Apresone 2g

Ondansetrona 8 mg

Propofol 100 mg

Monitorização

☐ BIS

☒ Cardíaco

☐ Temperatura

☒ Oxímetro

☐ Swan-Ganz

☒ PNI

☐ Analisador Gases

☐ Sonda Vesical

☐ PVC

☐ Capnógrafo

☐ Estimulador de Nervo

☐ Elet. Pré-Cardial

☐ Linha Arterial

☐ Outros

☐ Volemia IBP Plus

Encaminhado

☒ Acordado

☐ Sonolento

☐ Intubado

Destino

☒ SRPA

☐ Apart. Ent.

☐ UTI

☐ Externo

Intercomência:

☒ NÃO

☐ SIM

Descrever:

NEGA que sente segurado

Observações

JEJUM há > 8h

Aans Vivoso Pulmões - 30.0.20

Atividade exames

Dra. Debora Spencer
Anestesiologista

Assinatura do Anestesiologista



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

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

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

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 99260

Nome: MOISES SERAFIM DE SOUZA

Mãe: ALZIRA MARIA DE SOUZA

End.: RUA NOVA DESCOBERTA

Enferm.: BL-5 D

Atendimento: 402499

Leito: 649

Dt Cad: 2/11/2017

Dt. Nasc: 3/8/1967

Bairro: CENTRO

Cidade: IPOJUCA

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? **NÃO**
- Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? **Sim, NÃO**

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

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

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- ☒ Sim **cefazolin 2g**
- ☐ 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 **Hc. menor Fract. tibia @ (Fx Ext. Hc)**
- ☐ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta(ou não se aplica) **Sim**
- ☐ Biópsias estão identificadas com o nome do paciente **N/A**
- ☐ Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido **NÃO**
- ☐ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente **Sim**

[Assinatura]
Prof. Dr. Henrique
S. Henriques
20/05/2020 15:22:29



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: 99260

Nome: MOISES SERAFIM DE SOUZA

Mãe: ALZIRA MARIA DE SOUZA

End.: RUA NOVA DESCOBERTA

Enferm.: 405 - 01 - LT CMEDICA

Atendimento: 402499

Leito: 31

Dt. Cad: 2/11/2017

Dt. Nasc: 3/8/1967

Bairro: CENTRO

Cidade: IPOJUCA

CNS: 704302518896796

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? **NAO**
- Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? **± indetermin**

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

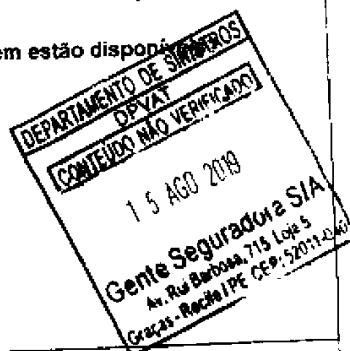
- ☐ Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? **Sim**

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- ☒ Sim **cefazolina 2g**
- ☐ 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 **HC. Cirurg. Fract. Platô tibial**
- ☐ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica) **Sim**
- ☐ Biópsias estão identificadas com o nome do paciente **N/A**

- ☐ Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido **NAO**

- ☐ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente **Sim**

Handwritten signature and stamp



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA

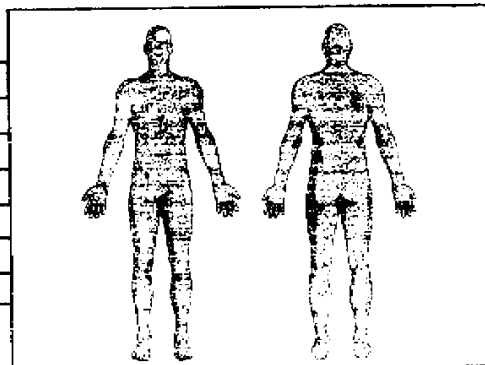
Data: ____/____/____

Hora: ____:____

CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome:	Ugo Soraia de Sousa
Data de Nascimento:	20/08/1967
Registro:	99260
Setor:	T20
Leito:	405-1



SINAIS VITAIS		
PA:	100/60	T: 36.5°C
HGT:	82	
Observação:		

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

EXAMES SOLICITADOS			
IMAGEM:	RX (X)	TAC c/ Contraste ()	USG () ECO ()
	TAC s/ Contraste ()	RNM ()	CATE ()
LABORATORIAL:	SIM ()	NÃO ()	Observação: _____
PARECER CARDIOLÓGICO:	Adequado	SIM ()	NÃO ()
RISCO CIRÚRGICO:			
RESERVA DE HEMODERIVADOS:	SIM ()	NÃO (X)	GRUPO SANGÜÍNEO: _____
RESERVA DE LEITO DE UTI:	SIM ()	NÃO ()	Qual? UTI: _____ LEITO: _____

ALERGIA		USO DE SONDAS	
SIM ()	QUAL: _____	SNE ()	SNG ()
NÃO (X)	OBSERVAÇÃO: _____	SVD ()	
		Outra: _____	
ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO		DRENO	
SIM (X)	QUAL: Ceftriaxona + Clindamicina	SIM ()	NÃO ()
NÃO ()	OBSERVAÇÃO: _____	Qual: _____	
SIM (X)	QUAL: Dexametasona	Local: _____	
NÃO ()	HORÁRIO DA ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO: 18h de dia 06/11		

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE			
JEJUM:	SIM (X)	NÃO ()	A partir do dia: 07/11 às 20:00
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: _____	
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE:	SIM ()	Quais/Datas: _____	
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:	SIM (X)	OBSERVAÇÃO: _____	LATERALIDADE DEMARCADA: SIM () NÃO ()

Enfermeiro Responsável: _____

COD 38404

(Assinar e Carimbar)



TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL – NRS 2002

Data: 03.11.17

Paciente: Moisés Sraçim de Souza Leito: 405-1
Peso Atual: 68 Peso Habitual: — Altura: 1,73 Idade: 50

Req: 99260

Parte 1 – Triagem inicial		SIM	NÃO
Paciente apresenta IMC < 20,5?	IMC = 22,7 kg/m ²		X
Houve Perda de Peso nos últimos 3 meses?			X
Houve Redução na ingestão 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, Hemodíalise 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 e infomas).
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 = 00

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 proteica está aumentada, mas o déficit proteico pode ser recuperado pela alimentação oral ou pelo uso de suplementos, na maior parte dos casos.

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

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

Aline Polesi
Nutricionista
CRN 61 7956
Nutricionista

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

*Kondrup, 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):415-31. *European Society for Parenteral and Enteral Nutrition Questionnaire (Nutrition) é utilizado pela nutricionista Mariana Raslan.



Anotações do Técnico em Enfermagem

Nome: Homero Siqueira de S. Registro: 99260
Clínica: TRE Enfermaria: 405 Leito: 07
Diagnóstico: _____ Data: 02-11-17

Plantão Diurno

Estado Geral: Regular
Dieta: VO (☒) SNE () GTT () Dieta zero ()
Padrão respiratório: espontâneo (☒) AVM () VNI () Cat. 02 () Venturi ()
Acesso Venoso: Periférico (☒) Central () Local: _____ Data da troca: _____
Drenos: Sim () Não (☒)
Diurese: Espontânea (☒) SVD () Outros: _____
Evacuação: Presente (☒) Ausente ()
Observações: _____

Alta: Transferência () Local _____ Melhorada () Óbito () Evasão ()

Técnico em enfermagem: _____

Joana D'Amorim & Duarte
Téc. Enfermagem
CRM 339.490

Horário	SINAIS VITAIS					CONTROLE HÍDRICO									
	HGT	FC	PA	Sat.O2 e FR	TEMP.	GANHOS					PERDAS				
						DIETA	NPT	HDT	MEDIC.	Transfusão	DRENO	DIUR.	EVAC.	HDL	Sond. gástrica
08															
09															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18			120/85		36,5/10				064			4	2		
19															
20															





EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

Nome: MAÍRES SOARES Registro: 55260
Clínica: 740 Enfermaria: 405 Leito: 01
Diagnóstico: Doz. Falt. T. 13.14.15 Data: 02-11-17 Hora: 20h

Plantão Noturno

- 1 - Queixas do paciente: FX
- 2 - Estado Geral/Nível de consciência: Consciente, Orientado, Cooperativo
- 2 - Estado Geral/Nível de consciência:
- 3 - Pele/mucosa: Integ. Muc. rosea
- 4 - Aparelho cardiovascular: Norm. 120/80 FC: 70 PA: 120/80
- 5 - Aparelho respiratório: SpO2 98% FR: 18 Oxigenoterapia:
- 6 - Aparelho gastrointestinal: SL
- 7 - Aparelho Geniturinário: SL
- 8 - Exames laboratoriais
- 9 - Exames de imagem:
- 10 - Lesões/Curativos:

11 - Prescrição de Enfermagem: SSU

12 - Alta: Transferência () Local Melhorada () Óbito () Evasão ()

Hora:

Enfermeiro/ assinatura e carimbo:

Fabíola M. P. Alexandre
Enfermeira
COREN-PE 374.244





EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

Nome: Marcos Sampaio Registro: 99260
Clínica: HE Enfermária: 405 Leito: 3
Diagnóstico: Julia D Data: 03/11 Hora: 16:22

Plantão Diurno

1 - Queixas do paciente:

2 - Estado Geral/Nível de consciência: consciente orientado

2 - Estado Geral/Nível de consciência:

- Pele/mucosa: normal

4 - Aparelho cardiovascular:

FC:

PA:

5 - Aparelho respiratório: normal

FR:

Oxigenoterapia:

6 - Aparelho gastrointestinal: normal

7 - Aparelho Geniturinário: normal

8 - Exames laboratoriais

9 - Exames de imagem:

10 - Lesões/Curativos:

11 - Prescrição de Enfermagem:

12 - Alta: Transferência () Local _____ Melhorada () Óbito () Evasão ()

Hora:

Enfermeiro/ assinatura e carimbo:

D440595



Anotações do Técnico em Enfermagem			
Nome: <u>João Luiz Araújo</u>	Registro: <u>99260</u>		
Clínica: _____	Enfermaria: <u>405</u>	Leito: <u>1</u>	
Diagnóstico: _____	Data: <u>03/11/17</u>		
Plantão Diurno			
Estado Geral: <u>Regular</u>			
Dieta: VO ☒	SNE ☐	GTT ☐	Dieta zero ☐
Padrão respiratório: espontâneo ☒ AVM ☐ VNI ☐ Cat. 02 ☐ Venturi ☐			
Acesso Venoso: Periférico ☒ Central ☐ Local: _____ Data da troca: _____			
Drenos: Sim ☐ Não ☒			
Diurese: Espontânea ☒ SVD ☐ Outros: _____			
Evacuação: Presente ☐ Ausente ☐			
Observações: _____			
Alta: Transferência ☐ Local _____ Melhorada ☐ Óbito ☐ Evasão ☐			
Técnico em enfermagem: <u>Orsivaldo Lopes da Silva</u>			

Horário	SINAIS VITAIS					CONTROLE HÍDRICO									
	HGT	FC	PA	Sat.O2 e FR	TEMP.	GANHOS					PERDAS				
						DIETA	NPT	HDT	MEDIC.	Transfusão	DRENO	DIUR.	EVAC.	HDL	Sond. gástrica
08															
09															
10															
11															
12		80	120x20	19	36,3°C										
13															
14															
15															
16															
17															
18		84	120x20	19	36,3°C										
19															
20															





EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

Nome: MOISES SERRA FIN Registro: 99260
Clínica: 720 Enfermaria: 905 Leito: 01
Diagnóstico: 22 d/o Físt. t. em 2 Data: 04.11.17 Hora: 08h

Plantão Diurno

1 - Queixas do paciente:

2 - Estado Geral/Nível de consciência: consciente, orientado. Consciente e sono

2 - Estado Geral/Nível de consciência:

3 - Pele/mucosa: integra - n.p. - msd - 06.11

4 - Aparelho cardiovascular: normotensão FC: PA:

5 - Aparelho respiratório: ecúteis FR: Oxigenoterapia:

6 - Aparelho gastrointestinal: o.c.t.

7 - Aparelho Geniturinário: o.c.t.

8 - Exames laboratoriais

9 - Exames de imagem:

10 - Lesões/Curativos:

11 - Prescrição de Enfermagem: SSU

12 - Alta: Transferência () Local Melhorada () Óbito () Evasão ()

Hora:

Enfermeiro/ assinatura e carimbo:

Fabiane M. P. Alexandre
Enfermeiro
COREN-PE 374.214

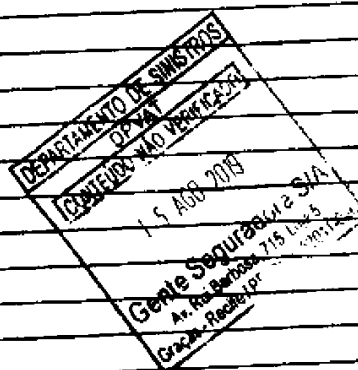


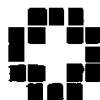
Anotações do Técnico em Enfermagem			
Nome: <u>Moisés Siqueira</u>	Registro: <u>77969</u>		
Clinica: <u>405</u>	Enfermaria: <u>405</u>	Leito: <u>05</u>	
Diagnóstico: _____	Data: _____		
Plantão Diurno			
Estado Geral: <u>Regular</u>			
Dieta: VO (<u>+</u>)	SNE ()	GTT ()	Dieta zero ()
Padrão respiratório: espontâneo (<u>+</u>) AVM () VNI () Cat. 02 () Venturi ()			
Acesso Venoso: Periférico (<u>+</u>) Central () Local: _____ Data da troca: _____			
Drenos: _____ Sim () Não (<u>+</u>)			
Diurese: Espontânea (<u>+</u>) SVD () Outros: _____			
Evacuação: Presente (<u>+</u>) Ausente ()			
Observações: _____			
Alta: Transferência () Local _____ Melhorada () Óbito () Evasão ()			
Técnico em enfermagem: <u>458-459 Claudine</u>			

Horário	SINAIS VITAIS					CONTROLE HÍDRICO									
	HGT	FC	PA	Sat.O2 e FR	TEMP.	DIETA	NPT	HDT	MEDIC.	Transfusão	PERDAS				
08											DRENO	DIUR.	EVAC.	HDL	Sond. gástrica
09															
10															
11															
12		80 ²² 70		19	36.3	e.									
13															
14															
15															
16															
17															
18		77 ³⁰ 70		90	36.7	e.									
19															
20															



EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO			
Nome: <u>Antonio YVES Serrão Junior</u>	Registro: <u>91260</u>		
Clinica: <u>TRO</u>	Enfermaria: <u>105-1</u>	Leito: <u></u>	
Diagnóstico: <u>3º grau + Tra (D)</u>	Data: <u>05/05/20</u>	Hora: <u></u>	
Plantão Diurno			
1 - Queixas do paciente: <u>Sem queixas</u>			
2 - Estado Geral/Nível de consciência: <u>consciente e orientado</u>			
2 - Estado Geral/Nível de consciência: <u></u>			
3 - Pele/mucosa: <u>Integra - AUP</u>			
4 - Aparelho cardiovascular:		FC: <u></u>	PA: <u></u>
5 - Aparelho respiratório: <u>supleno</u>		FR: <u></u>	Oxigenoterapia: <u></u>
6 - Aparelho gastrointestinal: <u>BOB - E+</u>			
7 - Aparelho Geniturinário: <u>D+</u>			
8 - Exames laboratoriais			
9 - Exames de imagem:			
10 - Lesões/Curativos: <u></u>			
11 - Prescrição de Enfermagem: <u>SSV</u>			
12 - Alta: Transferência () Local <u></u> Melhorada () Óbito () Evasão ()			
Hora: <u></u>			
Enfermeiro/ assinatura e carimbo:  COREN-PE 389.77			





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



Anotações do Técnico em Enfermagem					
Nome:	Júlia Srafin		Registro:	90260	
Clínica:	JR 6	Enfermaria:	405	Leito:	5
Diagnóstico:	Data: 05/05/2020				
Plantão Diurno					
Estado Geral:	Regular				
Dieta:	VO ☒	SNE ()	GTT ()	Dieta zero ()	
Padrão respiratório:	espontâneo ☒ AVM () VNI () Cat. 02 () Venturi ()				
Acesso Venoso:	Periférico ☒ Central () Local: _____ Data da troca: _____				
Drenos:	Sim () Não ☒				
Diurese:	Espontânea ☒ SVD () Outros: _____				
Evacuação:	Presente () Ausente ()				
Observações:	_____				

Data: Transferência () Local _____ Melhorada () Óbito () Evasão ()					
Técnico em enfermagem: Rosineide Lopes da Silva Téc. em Enfermagem COREN 555.987					

Horário	SINAIS VITAIS					CONTROLE HÍDRICO														
	HGT	FC	PA	Sat.O2 e FR	TEMP.	GANHOS					PERDAS									
						DIETA	NPT	HDT	MEDIC.	Transfusão	DRENO	DIUR.	EVAC.	HDL	Sond. gástrica					
08																				
09																				
10																				
11																				
12		76	100/60	18	36,0°C															
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18		72	100/60	19	35,6°C															
19																				
20																				

DEPARTAMENTO DE SINAIS VITAIS
CONTROLE HÍDRICO
15 ABO 2009
Genie Seguraour SIA
R. Rui Barbosa, 715 - LRF5
Grat. Roub. IPE - CEP: 02111-000





GESTÃO

HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

Nome: Moises Souza Registro: 99260
Clínica: _____ Enfermaria: 405.1 Leito: _____
Diagnóstico: post. fibrado Data: 01/11 Hora: 16h

Plantão Diurno

1 - Queixas do paciente: para fome2 - Estado Geral/Nível de consciência: consciente, orientado

2 - Estado Geral/Nível de consciência:

3 - Pele/mucosa: hidratado

4 - Aparelho cardiovascular:

FC:

PA:

5 - Aparelho respiratório: ausente

FR:

Oxigenoterapia:

6 - Aparelho gastrointestinal: presente7 - Aparelho Geniturinário: presente

8 - Exames laboratoriais

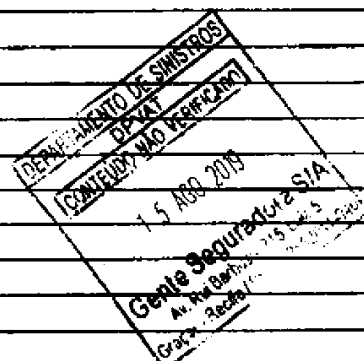
9 - Exames de imagem:

10 - Lesões/Curativos: Renovado curativo11 - Prescrição de Enfermagem: - SSVV -

12 - Alta: Transferência () Local _____ Melhorada () Óbito () Evasão ()

Hora:

Enfermeiro/ assinatura e carimbo:

Juliano
Enfermeiro
CUR-12.12.17



Anotações do Técnico em Enfermagem

Nome: Moisés Santiago Registro: _____
Clínica: 130 Enfermaria: 405 Leito: 1
Diagnóstico: _____ Data: _____

Plantão Diurno

Estado Geral: Regular
Dieta: VOM SNE () GTT () Dieta zero ()
Padrão respiratório: espontâneo (x) AVM () VNI () Cat. 02 () Venturi ()
Acesso Venoso: Periférico (x) Central () Local: _____ Data da troca: _____
Drenos: Sim () Não (x)
Diurese: Espontânea (x) SVD () Outros: _____
Evacuação: Presente (x) Ausente ()
Observações: _____

Ita: Transferência () Local _____ Melhorada () Óbito () Evasão ()

Técnico em enfermagem: _____

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
Téc. em Enfermagem
COREN 359.490

Horário	SINAIS VITAIS					CONTROLE HÍDRICO								
	HGT	FC	PA	Sat.O2 e FR	TEMP.	GANHOS					PERDAS			
						DIETA	NPT	HDT	MEDIC.	Transfusão	DRENO	DIUR.	EVAC.	HDL
08														
09														
10														
11														
12			130/80		35,9	VO			CPM			+	-	
13														
14														
15														
16														
17														
18			130/80		35,8	VO			CPM			+	-	
19														
20														





EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

Nome: Marcos Souza Registro: 99260
Clínica: UOS 1 Enfermaria: UOS 1 Leito: UOS 1
Diagnóstico: Art. 100 D Data: 9/11 Hora: 12h

Plantão Diurno

1 - Queixas do paciente:

2 - Estado Geral/Nível de consciência: consciente, orientado

2 - Estado Geral/Nível de consciência:

3 - Pele/mucosa:

4 - Aparelho cardiovascular:

FC:

PA:

5 - Aparelho respiratório:

FR:

Oxigenoterapia:

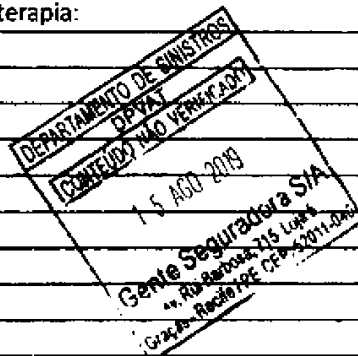
6 - Aparelho gastrointestinal:

7 - Aparelho Geniturinário:

8 - Exames laboratoriais

9 - Exames de imagem:

10 - Lesões/Curativos:



11 - Prescrição de Enfermagem: - For para RC as 12.30, acordo
retorno.

12 - Alta: Transferência () Local: UOS 1 Melhorada () Óbito () Evasão ()

Hora: 12h

Enfermeiro/ assinatura e carimbo:



Anotações do Técnico em Enfermagem			
Nome: <u>ROSALDO GONÇALVES</u>	Registro: <u>94260</u>		
Clínica: <u>FR</u>	Enfermaria: <u>405</u>	Leito: <u>1</u>	
Diagnóstico: _____	Data: <u>07/04/19</u>		
Plantão Diurno			
Estado Geral: <u>Regular</u>			
Dieta: VO ☒	SNE ☐	GTT ☐	Dieta zero ☐
Padrão respiratório: espontâneo ☒ AVM ☐ VNI ☐ Cat. 02 ☐ Venturi ☐			
Acesso Venoso: Periférico ☒ Central ☐ Local: _____ Data da troca: _____			
Drenos: Sim ☐ Não ☒			
Diurese: Espontânea ☒ SVD ☐ Outros: _____			
Evacuação: Presente ☐ Ausente ☐			
Observações: <u>AS 12:30hs por 10i para o bloco</u> <u>cirurgico internando br 19:30hs para</u> <u>em sala</u>			
Alta: Transferência ☐ Local _____ Melhorada ☐ Óbito ☐ Evasão ☐			
Técnico em enfermagem: <u>Rosimelde Lopes da Silva</u> <u>Téc. de Enfermagem</u> <u>CPF: 696.697</u>			

Horário	SINAIS VITAIS					CONTROLE HÍDRICO								
	HGT	FC	PA	Sat.O2 e FR	TEMP.	GANHOS					PERDAS			
						DIETA	NPT	HDT	MEDIC.	Transfusão	DRENO	DIUR.	EVAC.	HDL
08														
09														
10														
11														
12		46	100/60	98	36°C									
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														





EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

Nome: _____ Registro: _____
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Diagnóstico: _____ Data: _____ Hora: _____

Plantão Diurno

1 - Queixas do paciente:

2 - Estado Geral/Nível de consciência:

3 - Estado Geral/Nível de consciência:

3 - Pele/mucosa:

4 - Aparelho cardiovascular:

FC:

PA:

5 - Aparelho respiratório:

FR:

Oxigenoterapia:

6 - Aparelho gastrointestinal:

7 - Aparelho Geniturinário:

8 - Exames laboratoriais

9 - Exames de imagem:

10 - Lesões/Curativos:

11 - Prescrição de Enfermagem:

12 - Alta: Transferência () Local _____ Melhorada () Óbito () Evasão ()

Hora:

Enfermeiro/ assinatura e carimbo:



Anotações do Técnico em Enfermagem

Nome: Moisés S. S. S. S. Registro: _____
Clínica: TRO Enfermaria: 405 Leito: 51
Diagnóstico: _____ Data: 08-11-17

Plantão Diurno

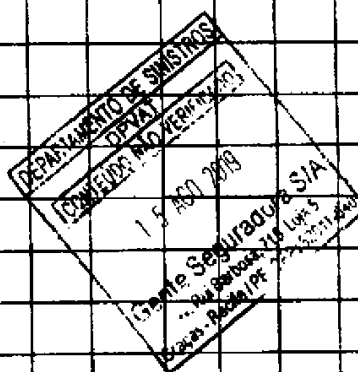
Estado Geral: Regular
Dieta: VO ☒ SNE () GTT () Dieta zero ()
Padrão respiratório: espontâneo ☒ AVN () VNI () Cat. 02 () Venturi ()
Acesso Venoso: Periférico ☒ Central () Local: _____ Data da troca: _____
Drenos: Sim () Não ☒
Diurese: Espontânea ☒ SVD () Outros: _____
Vacuação: Presente ☒ Ausente ()
Observações: Part de alto hospitalar aguardando
transfusão

Alta: Transferência () Local _____ Melhorada ☒ Óbito () Evasão ()

Técnico em enfermagem:

Joana D'Arcy R. Duarte
Téc. em Enfermagem
CRM 359.490

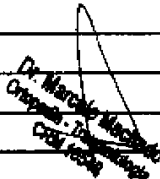
Horário	SINAIS VITAIS					CONTROLE HÍDRICO									
						GANHOS					PERDAS				
	HGT	FC	PA	Sat.O2 e FR	TEMP.	DIETA	NPT	HDT	MEDIC.	Transfusão	DRENO	DIUR.	EVAC.	HDL	Sond. gástrica
08															
09															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Moses Serrano de Souza Registro: _____

Clinica: ORTOPEDIA Enfermaria: _____ Leito: _____

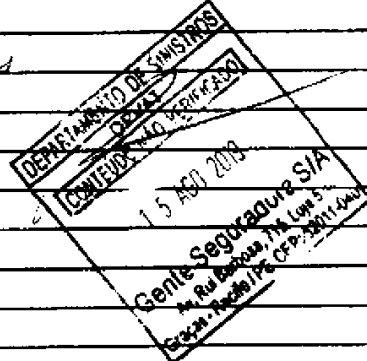
Data/Hora	
02/11/17 11h	↓ ORTOPEDIA - Bloco cir. 2
	101 fratura perna (D)
	Pele e fratura exposta grave
	Gaucho III B em perna (D)
	Submetido a LC + fixação
	e fix. externo.
	Puro (+)
	Risco de necrose e/ou infecção
	OD: A SR
	



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Moises Serafim Registro: 99260

Clínica: _____ Enfermaria: 405 Leito: 01

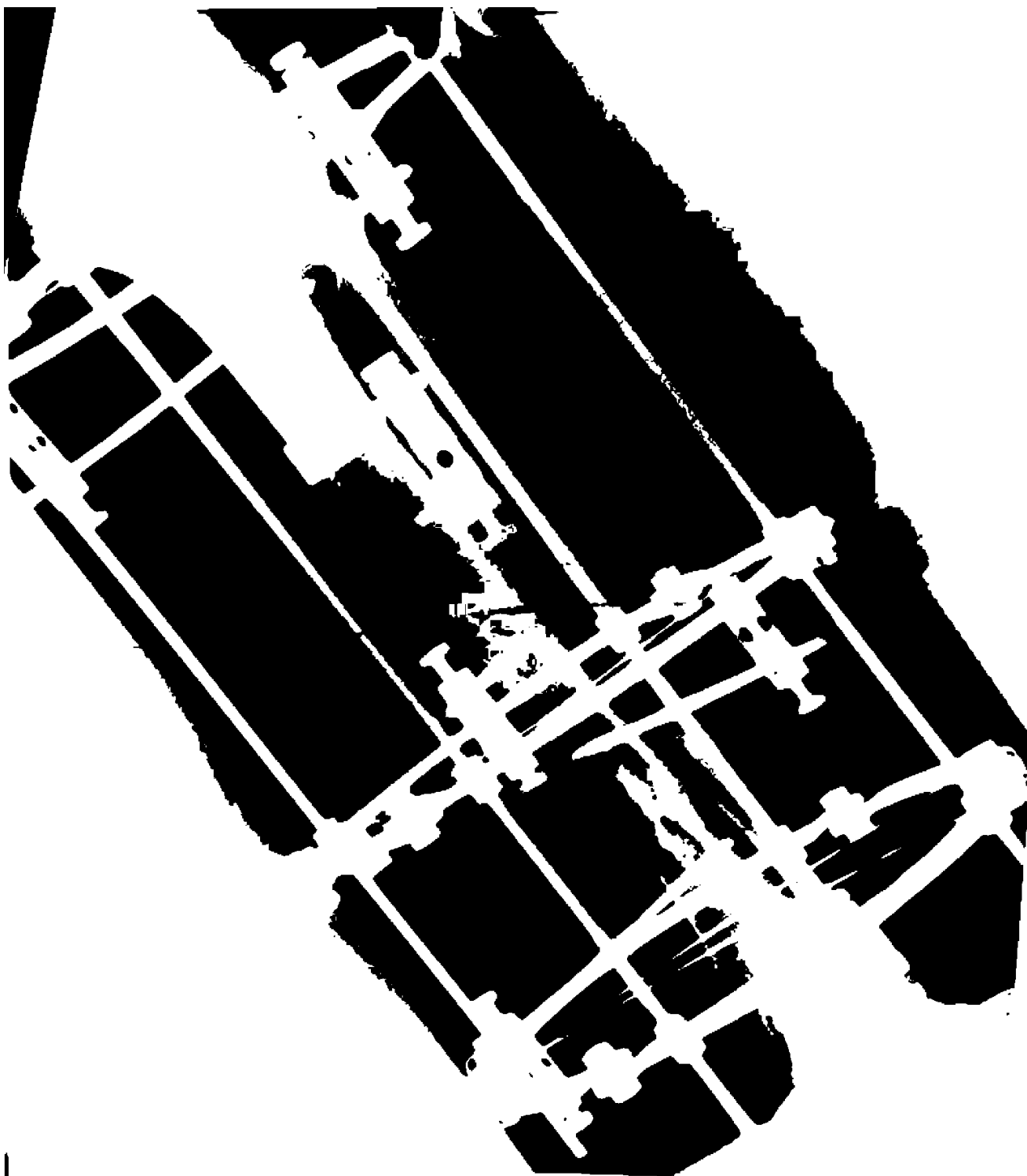
Data/Hora	
	<u># Serviço Social #</u>
08/11/17	Realizada visita ao leito; Preenchida a entrevista social e prestadas orientações quanto ao seguro DPVAT e gluko nos hospitais.
	 HDA-Hospital Dom Helder Câmara Cibele Maria da Silva Ferreira Assistente Social CRESS/PE 10193
	<u>Paciente Triado, classificado em NCH prime- ria de assistência - segue sob comp. multidisciplinar</u>
	Atendimento Nutricional Data: <u>08/11/17</u> Hora: <u>07:30 HS</u>  Nutricionista CRN6/1922
	Nutricionista Responsável
08/11/17	<u># Ortopedia #</u> <u>FE com bom aspecto</u> <u>Paciente sem queixas</u> <u>Alta da ortopedia.</u>
	 DEPARTAMENTO DE SINS/RS CONTROLE DO DEPTO. 2301 15 AGO 2018 Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 114, Lapa 5 Boca - Recife/PE CEP: 50011-000





Scanned with CamScanner





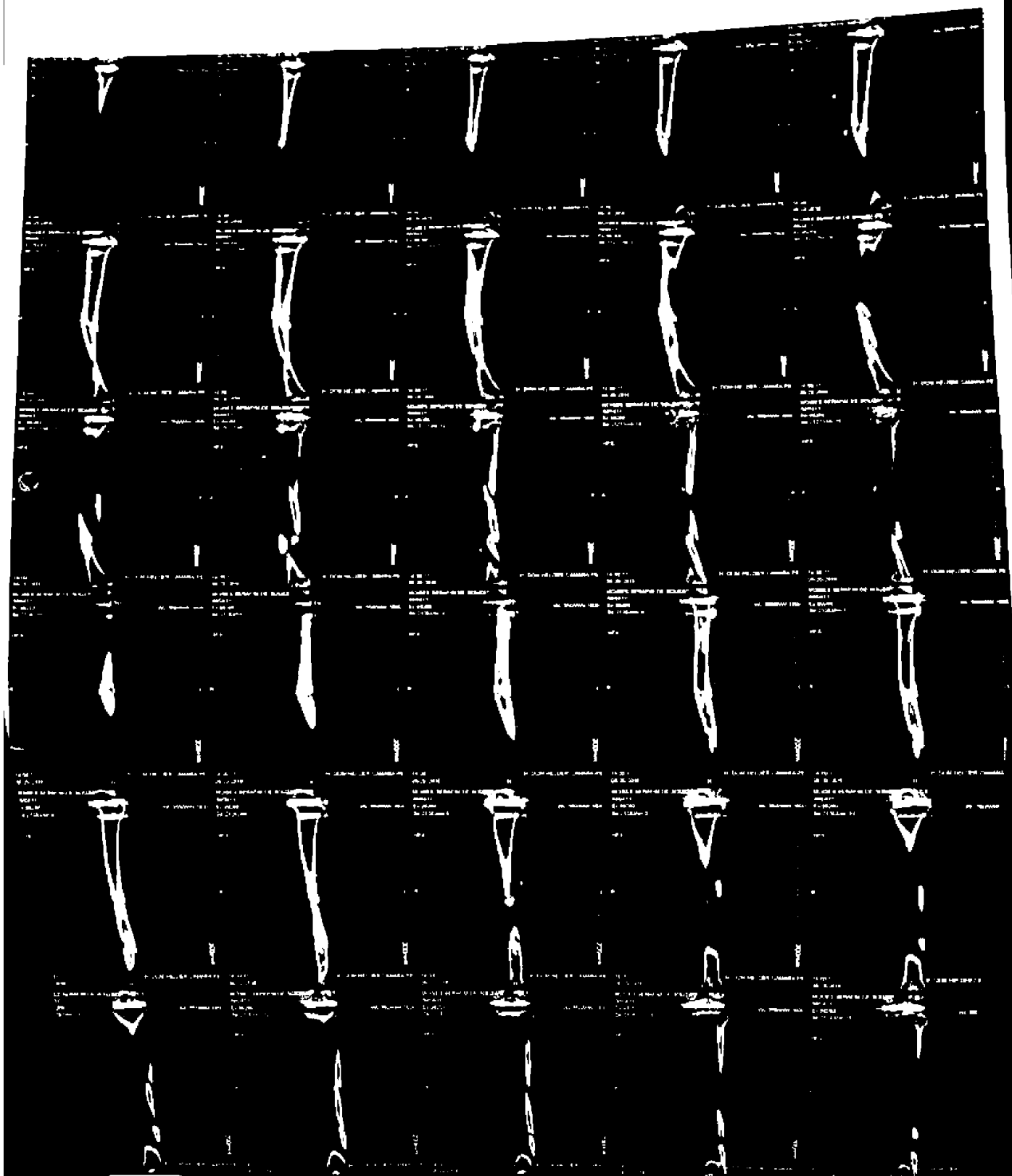
Scanned with CamScanner





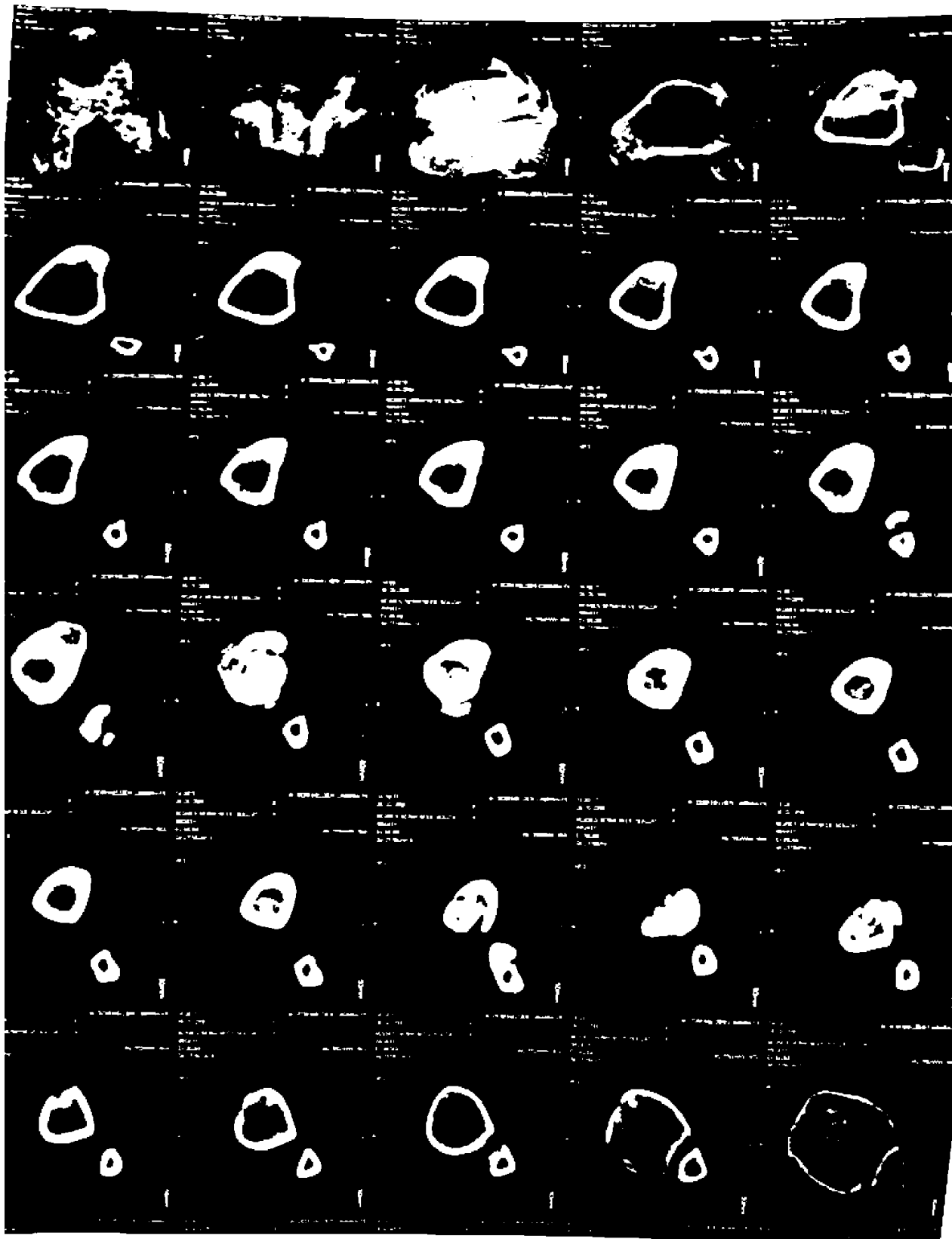
Scanned with CamScanner





Scanned with CamScanner





Scanned with CamScanner



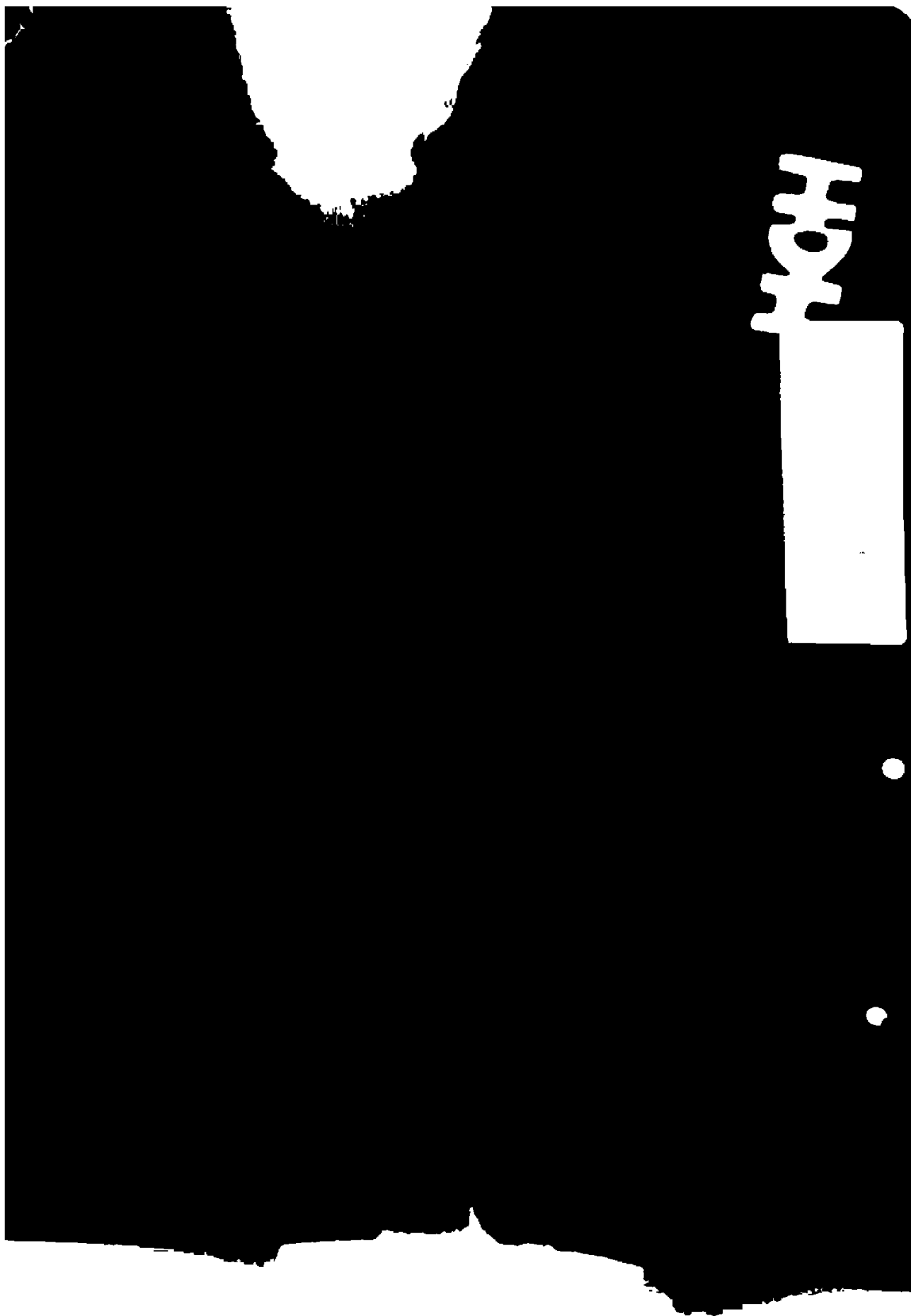


Scanned with CamScanner



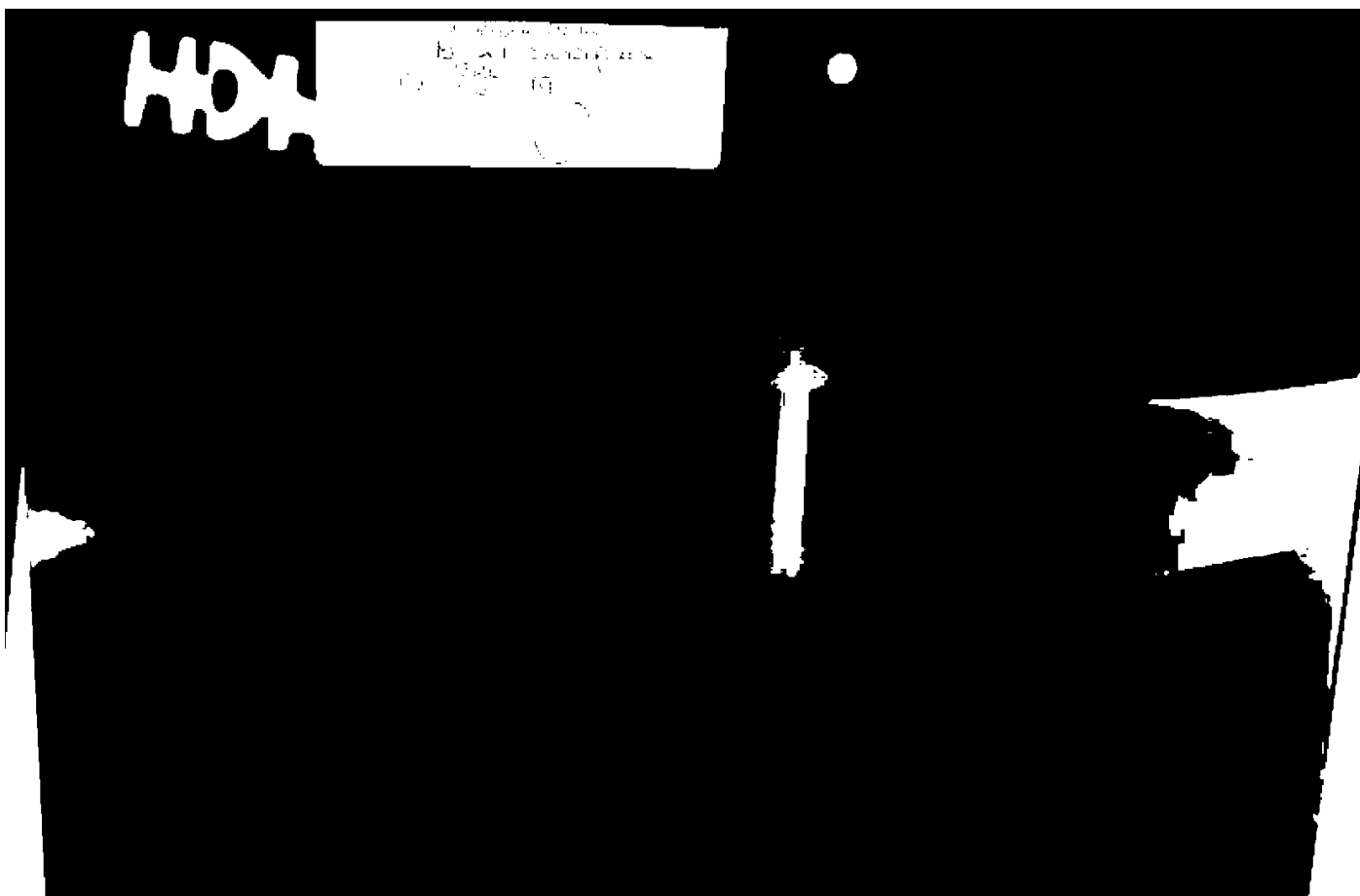
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/05/2020 15:22:29
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052515222968400000061311004>
Número do documento: 20052515222968400000061311004

Num. 62436517 - Pág. 43



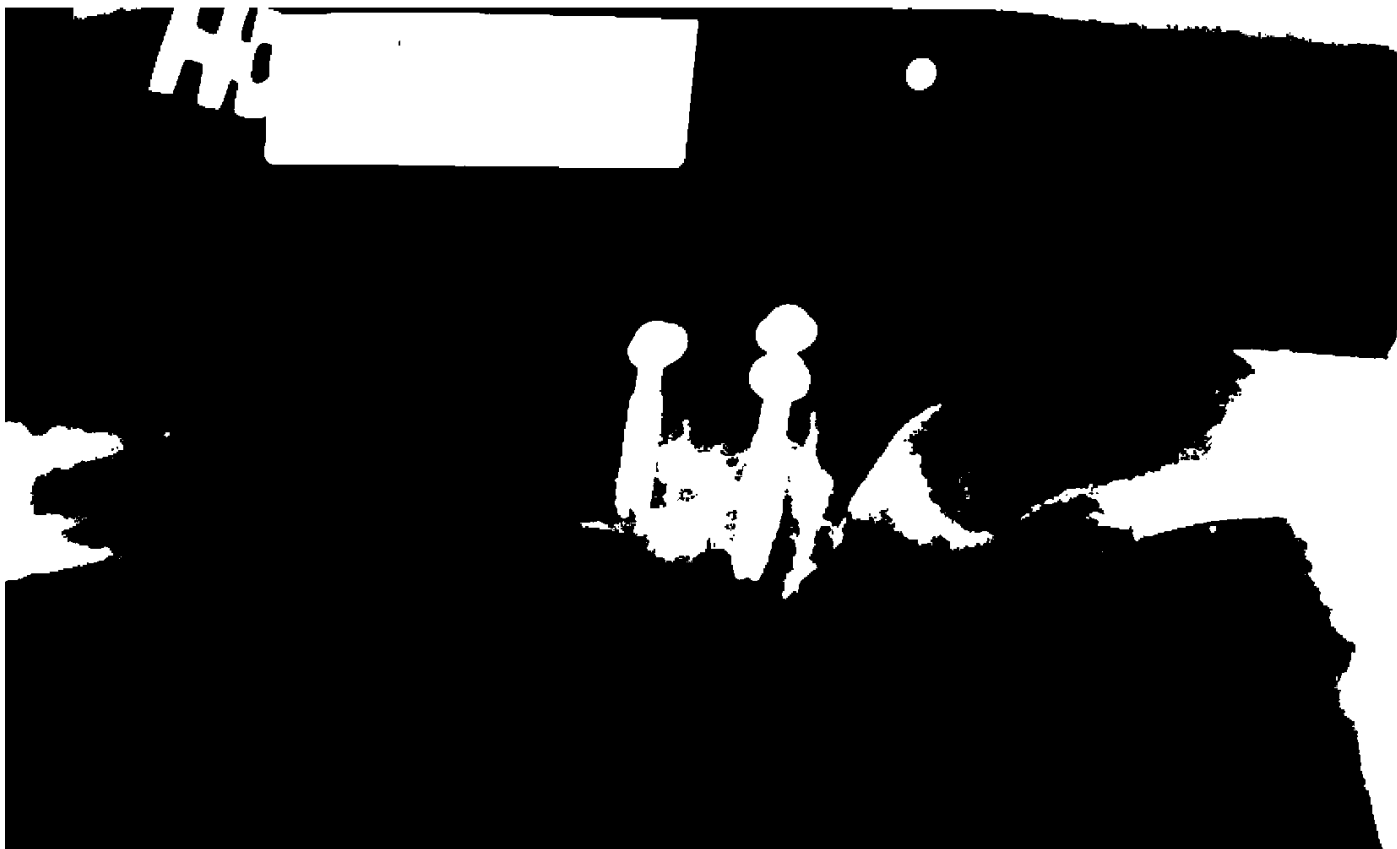
Scanned with CamScanner





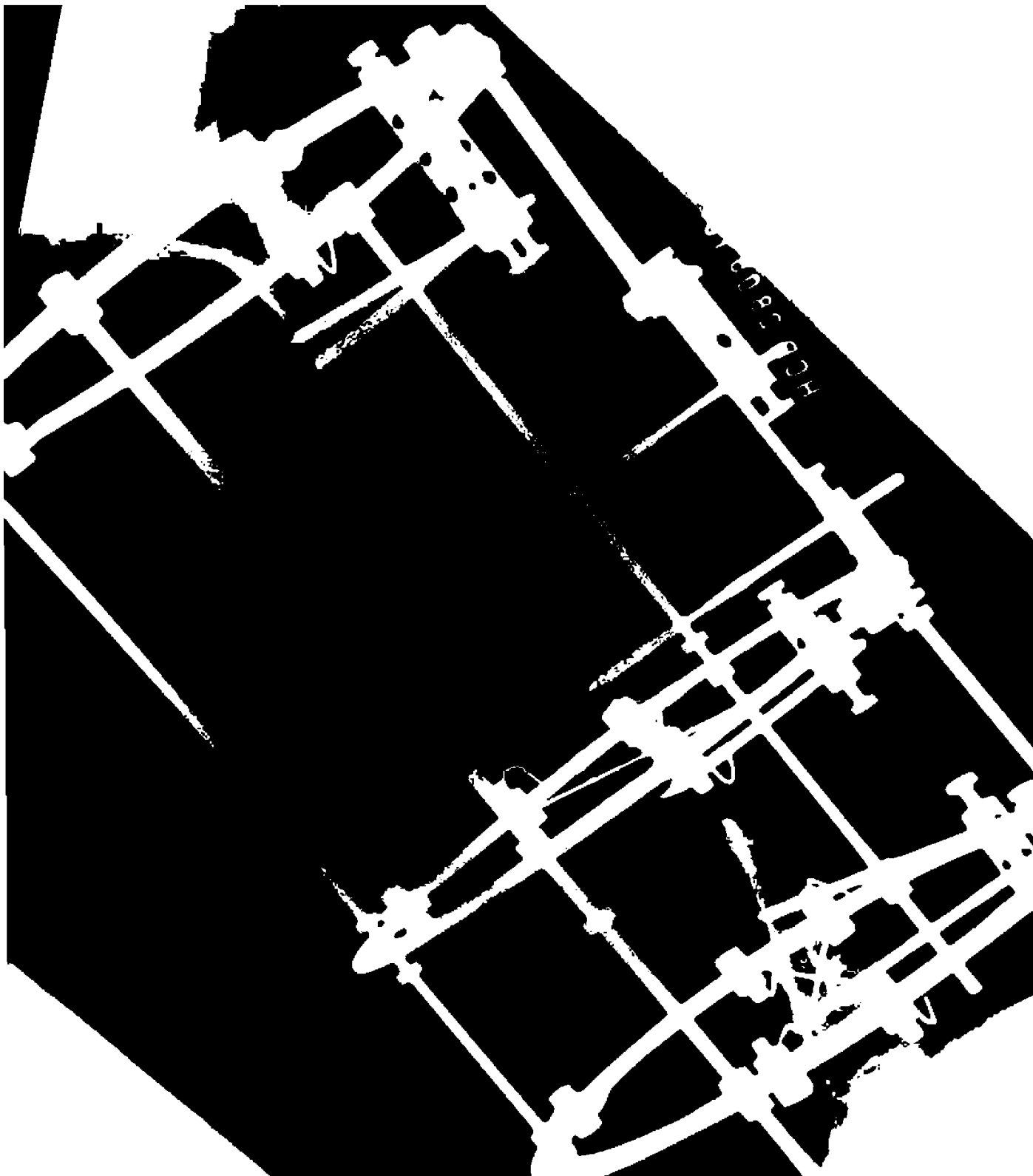
Scanned with CamScanner





Scanned with CamScanner





Scanned with CamScanner





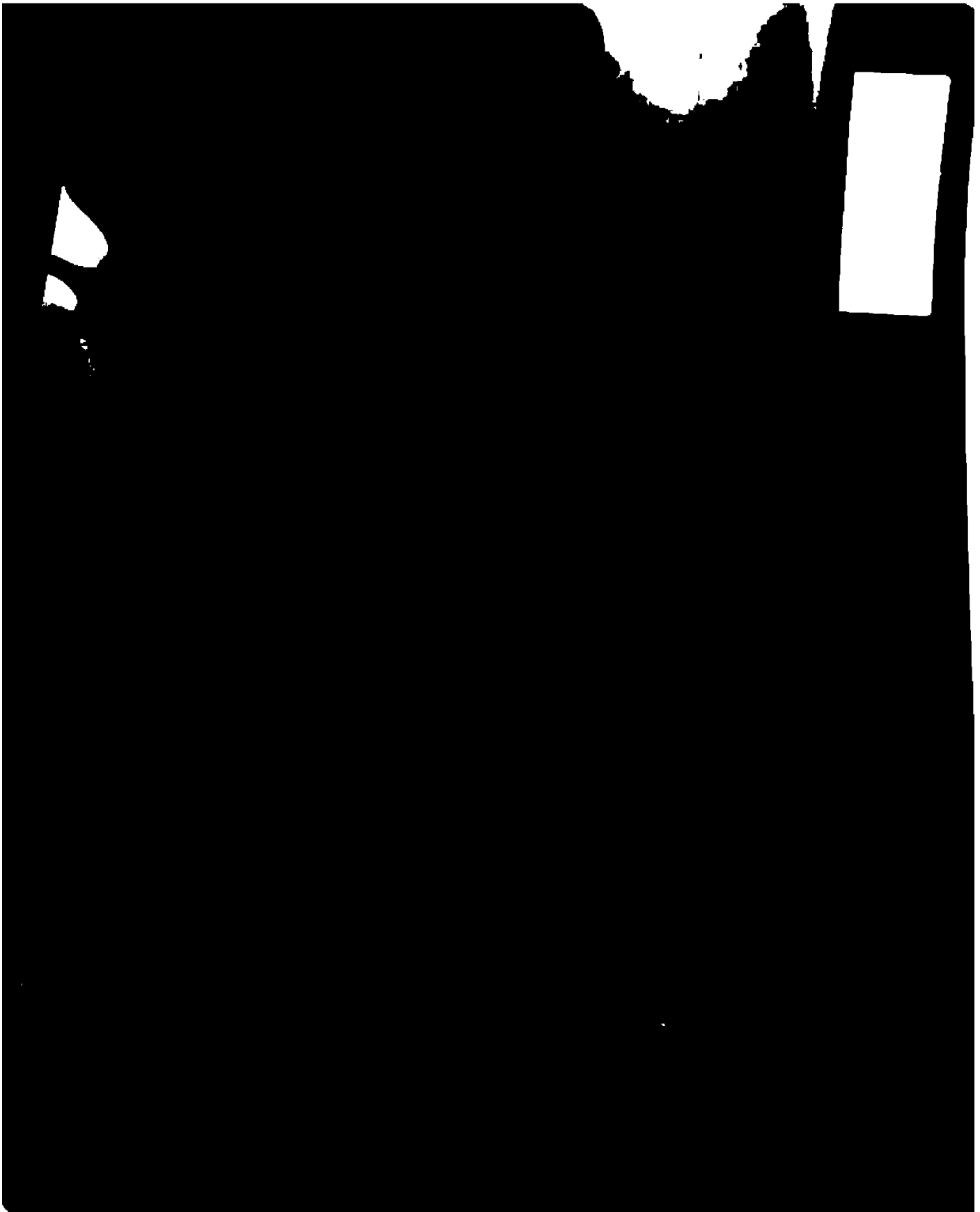
Scanned with CamScanner





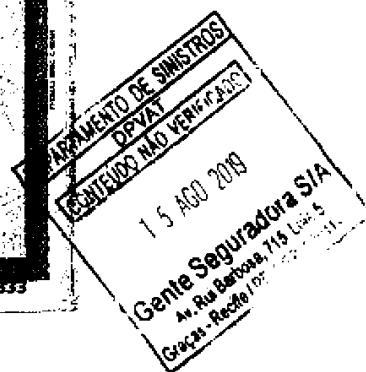
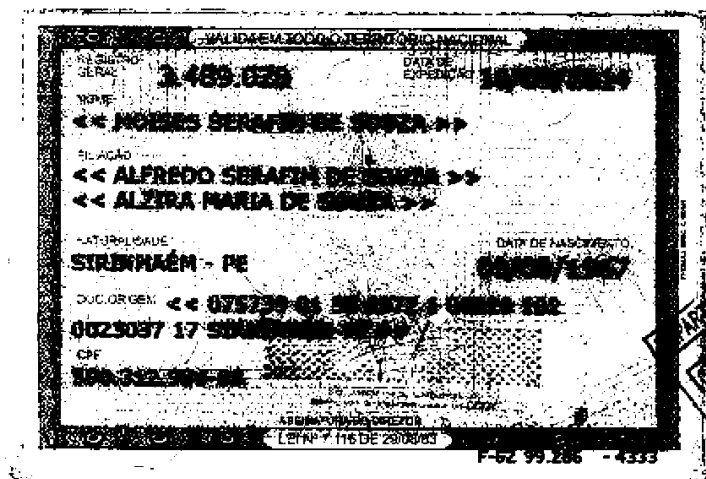
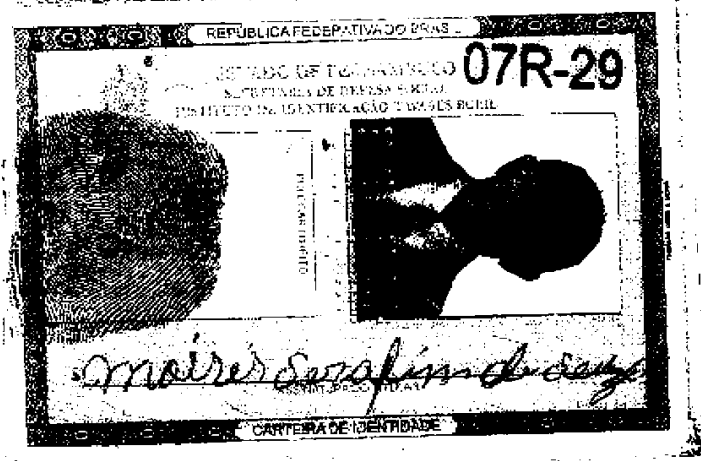
Scanned with CamScanner





Scanned with CamScanner





RECIBO DE PAGAMENTO DE IMPOSTOS DE RENDIMENTO

ANTONIO VALENTIANO DA COSTA NETO

CPF: 4414444-887 PE

DATA NASCIMENTO: 02/08/1972

PLACAO: GILBERTO VALENTIANO DA COSTA

HELENA MARIA DA SILVA COSTA

PERMISAO: 30/05/2022

DATA EMISSAO: 30/10/2017

LOCAL: RECIFE, PE

ASSINATURA DO DEBITADO: [Assinatura]

ASSINATURA DO MISSIONARIO: [Assinatura]

PERNAMBUCO

VALIDADE: 30/05/2022

STAMPACAO: 26/02/2008

REGISTRO: 5432400-946

VALUASIM TOUO: 1487430708

PROVIDO PLASTIKAR: 1487430708

OBSERVACOES:

MAX:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTROLE DE VERIFICACAO

15 AGO 2019

Gente Seguradora S/A

Av. Rua Barbosa, 715 Lapa 5

Graciosa - Recife / PE CEP: 52011-000



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA: 489195016
ANO: 2012
EXERCÍCIO: 2017

NOBILITATIM DE SÓCROS

INSCRIÇÃO: 390 312 904-68

PLACA: 489195016

ANO: 2012

EXERCÍCIO: 2017

COMISSÃO: 150

PLACA: 489195016

ANO: 2012

EXERCÍCIO: 2017

COMISSÃO: 150

PLACA: 489195016

ANO: 2012

EXERCÍCIO: 2017

COMISSÃO: 150

PLACA: 489195016

ANO: 2012

EXERCÍCIO: 2017

COMISSÃO: 150

PLACA: 489195016

ANO: 2012

EXERCÍCIO: 2017

COMISSÃO: 150

PLACA: 489195016

ANO: 2012

EXERCÍCIO: 2017

DEPARTAMENTO DE IMPOSTOS
DPVAT
CONTINUAÇÃO DE VEÍCULO
15 AGO 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Barbosa, 715 Lapa 3
Cidade - Recife/PE CEP: 50014-000

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS ONTAS - SEGURO DPVAT

PE Nº 013222406323 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MOISES BERNARDI DE SOUZA

55590-000

CSA TROUÇA-775

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

WWW.SEGURADORA.LIDER.COM.BR

SAC-DPVAT 0800 922 1204

EXERCÍCIO: 2017

DATA EMISSÃO: 05/03/17

PLACA: 489195016

ANO: 2012

EXERCÍCIO: 2017

COMISSÃO: 150

PLACA: 489195016

ANO: 2012

EXERCÍCIO: 2017

COMISSÃO: 150

PLACA: 489195016

ANO: 2012

EXERCÍCIO: 2017

COMISSÃO: 150

PLACA: 489195016

ANO: 2012

EXERCÍCIO: 2017

COMISSÃO: 150

PLACA: 489195016

SEGURADORA LIDER - DPVAT

AV. BARBOSA, 715 LAPA 3

RECIFE/PE CEP: 50014-000

INSCRIÇÃO: 390 312 904-68

PLACA: 489195016

ANO: 2012

EXERCÍCIO: 2017

COMISSÃO: 150

PLACA: 489195016

ANO: 2012

EXERCÍCIO: 2017

COMISSÃO: 150



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190482433

Cidade: Ipojuca

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MOISES SERAFIM DE SOUZA

Data do acidente: 02/11/2017

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO.
FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA (GUSTILLO III).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA. P6,7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE 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 DÉFICIT 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: 3190482433

Cidade: Ipojuca

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MOISES SERAFIM DE SOUZA

Data do acidente: 02/11/2017

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO.
FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA (GUSTILLO III).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA. P6,7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE 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 DÉFICIT 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 PARTICULAR

1 OUTORGANTE Moises Serafim de Souza

Portador (a) do documento de identidade n. 3489.028, expedido por SDS PE, em

16/09/14 inscrito no CPF sob o n. 590.312.994-68, residente na

Rua Nova Descoberta, n. 11,
complemento Casa, Barrio 15 de cidade Igaruaçu, Estado PE

2 OUTORGADO ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Portador (a) do documento de identidade n. 4416464, expedido por SSP-PE, em

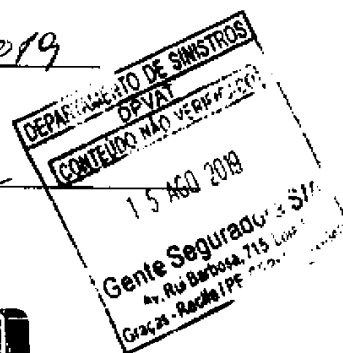
10 / 05 /2013 inscrito no CPF sob o n. 81700806491, residente na

RUA APULEU VIEIRA n. 113 complemento CASA, Barrio VARZIA,
cidade RECIFE, Estado PE.

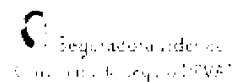
Nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado a cima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO - DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao processo de **INVALIDEZ PERMANENTE**, ao seguro obrigatório- DPVAT, data do acidente 02/11/2017

Igaruaçu 13 de agosto de 2019

OUTORGANTE Moises Serafim de Souza



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0281014/19

Número do Sinistro: 3190482433

Vítima: MOISES SERAFIM DE SOUZA

CPF: 590.312.984-68

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/11/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MOISES SERAFIM DE SOUZA

DOCUMENTOS ENTREGUES

MOISES SERAFIM DE SOUZA : 590.312.984-68

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/08/2019
Nome: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO
CPF: 817.008.064-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

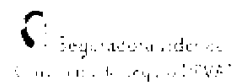
Data do cadastramento: 21/08/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0281014/19
Vítima: MOISES SERAFIM DE SOUZA
CPF: 590.312.984-68
CPF de: Próprio
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A
Data do acidente: 02/11/2017
Titular do CPF: MOISES SERAFIM DE SOUZA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO : 817.008.064-91

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

MOISES SERAFIM DE SOUZA : 590.312.984-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/08/2019
Nome: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO
CPF: 817.008.064-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/08/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

JULIANA BEZERRA DE LUNA





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

Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190482433

Vítima: MOISES SERAFIM DE SOUZA

Data do Acidente: 02/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MOISES SERAFIM DE SOUZA

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

Carta nº 14721396





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

Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190482433 Vítima: MOISES SERAFIM DE SOUZA

Data do Acidente: 02/11/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MOISES SERAFIM DE SOUZA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência emitido nos últimos 180 dias, pois o entregue está desatualizado.
----------------------------------	---

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

Pag. 01627/01628 - carta_03 - INVALIDEZ

00070814



Carta nº 14724676





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

Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190482433

Vítima: MOISES SERAFIM DE SOUZA

Data do Acidente: 02/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MOISES SERAFIM DE SOUZA

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: **MOISES SERAFIM DE SOUZA**

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

Banco: **104**

Agência: **000003014**

Conta: **0000014914-0**

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 (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 590.312.984-68 4 - Nome completo da vítima: Meirês Serafim de Souza

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

5 - Nome completo: Meirês Serafim de Souza 6 - CPF: 590.312.984-68
7 - Profissão: Recusou-se 8 - Endereço: Rua Nova Descoberta 9 - Número: 11 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Nossa do Céu 12 - Cidade: Opocuca 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55590-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): (81) 987169468

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, 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: _____

AGÊNCIA: 3014 CONTA: 00014914 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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: _____

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

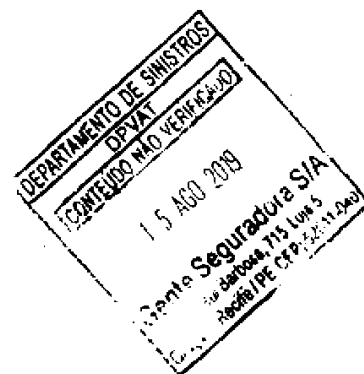
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS 001 V002/2019







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 043ª CIRCUNSCRIÇÃO - PORTO DE GALINHAS - DP43ªCIRC
DIM/10ª DESEC

541572

0281014/19

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0133000544

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/02/2018** às **17:50**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **2/11/2017** no período da Manhã

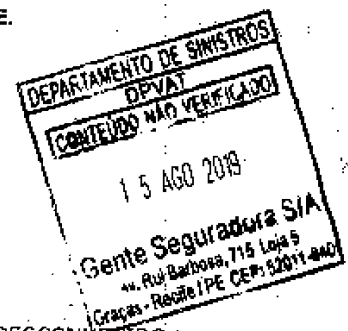
Fato ocorrido no endereço: **BARRO DE PORTO DE GALINHAS, 1, PE - 009 - Bairro: PORTO DE GALINHAS - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **HOTEL VILLAGE**.
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSE RAFAEL SANTOS (NOTICIANTE)
MOISES SERAFIM DE SOUZA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MOISES SERAFIM DE SOUZA**



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

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Mãe: **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX** Data de Nascimento: **11/11/1985** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

MOISES SERAFIM DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ALZIRA MARIA DE SOUZA** Pai: **ALFREDO ERAFIM DE SOUZA** Data de Nascimento: **3/8/1967** Naturalidade: **SIRINHAEM / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE NOSSA SENHORA DO O, 17, RUA - NOVA DESCOBERTA - CEP: 0 - Bairro: NOSSA SENHORA DO O - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL, SÍTIO DE NESTOR.**

JOSE RAFAEL SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA TEREZA DOS SANTOS** Pai: **MOISES SERAFIM DE SOUZA** Data de Nascimento: **16/1/1996** Naturalidade: **IPOJUCA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE NOSSA SENHORA DO O, 17, RUA - NOVA DESCOBERTA - CEP: 0 - Bairro: NOSSA SENHORA DO O - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL, SÍTIO DO NESTOR.**

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

VEICULO 01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**



08/02/2018 17:4

VEICULO 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MOISES SERAFIM DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a):
MOISES SERAFIM DE SOUZA
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NX** Objeto apreendido: **Não** Número de Série: **PGJ- 1880 - PE**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGJ1880 (PERNAMBUCO/IPOJUCA)**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCOI/GASOL**

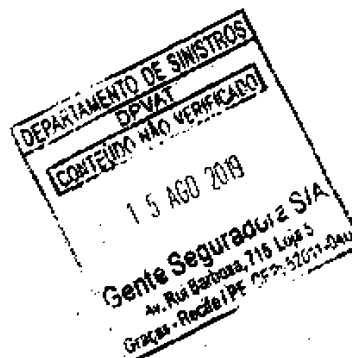
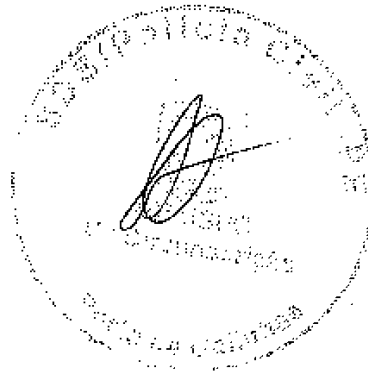
Complemento / Observação

ALEGA O NOTICIANTE, QUE SEU PAI NO DIA 02/11/2017, QUANDO SE DIRIGIA PARA SEU LOCAL DE TRABALHO NO HOTEL VIVAR, AO TRANSITAR PELA PE - 009, SENTIDO NOSSA SENHORA DO Ô X PORTO DE GALINHAS, DEPOIS DE FAZER O RETORNO PARA ENTRAR NA VIA LOCAL, FOI ATINGIDO POR UM VEICULO QUE VINHA EM SENTIDO CONTRARIO, E COLIDIU COM SUA MOTOCICLETA, JOGANDO A VITIMA NO SOLO. O CONDUTOR (AUTOR) AINDA CHEGOU A SOCORRER A VITMA PARA O HOSPITAL CAROZITA BRITO, POREM NÃO FOI IDENTIFICADO, E SEU PAI FICOU INTERNADO POR VARIOS DIAS NO REFERIDO HOSPITAL, ONDE DEU ENTRADA COM FRATURA EXPOSTA.

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

Jose Rafael Santos de Souza
JOSE RAFAEL SANTOS
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **JOSE DIOGENES ALVES VARELA**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 590.312.984-68 4 - Nome completo da vítima: Meirês Serafim de Souza

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

5 - Nome completo: Meirês Serafim de Souza 6 - CPF: 590.312.984-68
7 - Profissão: Recusou-se 8 - Endereço: Rua Nova Descoberta 9 - Número: 11 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Nossa do Céu 12 - Cidade: Opocuca 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55590-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): (81) 987169468

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, 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: _____

AGÊNCIA: 3014 CONTA: 00014914 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 efetuação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora 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 apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - _____
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 13 de agosto 2019
Meirês Serafim de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS 001 V002/2019





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 402488

Senha da Classificação:

Data e Hora: 02/11/2017 07:02

9007

Paciente: 99260 MOISES SERAFIM DE SOUZA

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 03/08/1967

Idade: 50 anos

Convenio: 2

SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: ALZIRA MARIA DE SOUZA

Nome do Pai: ALFREDO SERAFIM DE SOUZA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Endereço: RUA NOVA DESCOBERTA

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: IPOJUCA

PE

Usuário Atendimento: JAIDETTENS

RG (Identidade): 3489028

SDS PE

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 59031298468

Fone: 994748121

Cartão SUS:

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

Vitima de colisão moto com carro da sua
pneu (D)

Exame Físico

Edema, deformidade, limitação funcional
em presença

Imagem Diagnóstico

Fratura exposta do osso da perna (D)

Conduta Terapeutica

AO BC

Prescrição Médica

Cefalotina 2g + AD EU 07:45

Dipirona 2g + AD EU 07:45

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 AGO 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife / PE - CEP: 51140-000

Francisco Ferreira
Ortopedia e Traumatologia
CREMPE 22424

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE

CENTRO DE ATENDIMENTO



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: 29/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MOISES SERAFIM DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03014

CONTA: 000000014914-0

Nr. da Autenticação 3220BA6F9922379F





Título Social de Energia Elétrica (Código de Lei 13433, de 26/04/02)
Código de Lei 13433, de 26/04/02
Empresário: Empresa de Fomento
Av. João de Barros, 115, Rua Vitor Rosta, Pernambuco - CEP 50050-900
CNPJ 10.839.970/0001-06 | Tel: (81) 3033-1100 | www.celpe.com.br

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

CPF: 000.000.000-00

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO
Nº DO CONTRATO
Nº DO CLIENTE

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO
Nº DO CLIENTE

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO
Nº DO CLIENTE

Nº DA NOTA FISCAL
Nº DO CLIENTE

DATA DE EMISSÃO
DATA DE VENCIMENTO

APRESENTAÇÃO
Nº DO CLIENTE

TOTAL A PAGAR (R\$)

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR TOTAL
Consumo de Energia Elétrica	111.000,00	18.715,22	2.077,28
Aluguel de Bancos de Energia			2.90
Aluguel de Bancos de Energia			1.47
Aluguel de Bancos de Energia			1.53
Aluguel de Bancos de Energia			0.55
Aluguel de Bancos de Energia			1.37
Aluguel de Bancos de Energia			0.18
Aluguel de Bancos de Energia			1.01
Aluguel de Bancos de Energia			2.45

TOTAL A PAGAR (R\$)

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

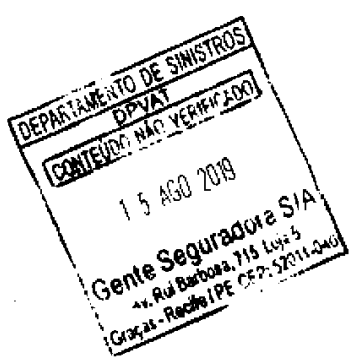
TIPO DE MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE CONTADOR	ALÍQUOTA	CONSUMO (KWH)
111.000	111	111.000	111.000	111.000	111.000	111.000

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	VALOR	%
Consumo de Energia Elétrica	2.077,28	99,17%
Aluguel de Bancos de Energia	2.90	0,14%
Aluguel de Bancos de Energia	1.47	0,07%
Aluguel de Bancos de Energia	1.53	0,07%
Aluguel de Bancos de Energia	0.55	0,00%
Aluguel de Bancos de Energia	1.37	0,07%
Aluguel de Bancos de Energia	0.18	0,00%
Aluguel de Bancos de Energia	1.01	0,05%
Aluguel de Bancos de Energia	2.45	0,12%

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

ATENDIMENTO AO CLIENTE	VALOR	%
Atendimento ao Cliente	1.000,00	100,00%

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

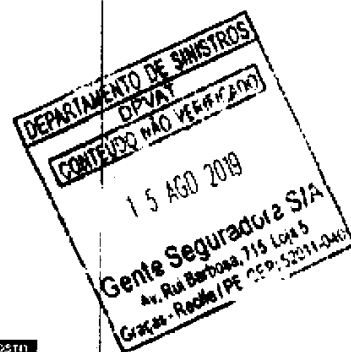




CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: PRAÇA TÁRIAS NEVES - NÚM. 571 - DOIS IRMÃOS R
CEPE Nº 52171-001

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA		548/1430		MUL/2019	
ROBERTO MAGalhães DA SILVA		VARZEA RECIFE PE 50810 370					
R APULIO VIEIRA, N. 80133		INSCRIÇÃO: 340.419.440.0366.000		GRUPO: 15 DEB. AUTOMÁTICO: 054871430			
ESTADO DA ÁGUA	SITUAÇÃO DO BOTO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE CONSUMOS	PUB. CA			
1. FICOU	OUTRO	COMERCIAL	INDUSTRIAL				
INDICADOR	DATA DE ANTERIOR	DATA DE ATUAL	TPO DE CONSUMO (A/E)				
A 17/06/2019	10/06/2019	10/06/2019	REAL				
ÁGUA:							
LEIT. ANT. 167 CONSUMO: 22							
LEIT. ATUAL 189							
LEIT. ANT. 189							
HISTÓRICO DE CONSUMO							
REFERÊNCIA CONSUMO		NÚMERO DE AMOSTRAS					
		PARÂMETROS	EXIG. PORT.	ANÁLISES	ATENDID.		
			M3	REALIZ.	A LEGIS.		
04/2019	15	TURBIDEZ	139	133	132		
05/2019	13	COR APARENTE	139	133	125		
07/2019	17	CLORO RESIDUAL	139	133	133		
07/2019	16	COLIF. TOTAIS	139	133	130		
12/2018	19		139	133	133		
11/2018	19		139	133	133		
MEDIA:	17	Qualidade de Água: www.compesa.com.br					
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA DE 85% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS							
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA							
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA							
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		CONSUMO		TOTAL (R\$)			
ÁGUA							
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)							
ATE 30 M3 - R\$ 41,30 POR UNIDADE		10 M3		41,30			
31 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3		10 M3		47,40			
21 M3 A 30 M3 - R\$ 5,65 POR M3		2 M3		12,26			
MULTA PROPORCIONAL DOAD. 04/2019				2,32			
DOAÇÃO AO PRO-CRIANÇA 05/2019				1,00			
TÍTULOS							
BASE DE CÁLCULO							
PERCENTUAL (%)							
VALOR DO IMPOSTO							



0281014/19

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1398700182

NOTA FISCAL (PATUÁ) (CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA)

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
 AV. JOÃO DE BARROS 112, 804 VISTA
 RECIFE, PERNAMBUCO
 CEP 50050-202
 CNPJ 10.885.552/0001-05
 INSCRIÇÃO ESTADUAL 2005842-55

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 20.436, de 26/04/02
 COMERCIAL 0800-0510420 PRONTIDÃO 0800-0510196
 Atendimento ao cliente a qualquer hora de 24h: 0800 221 0142
 Ouvidoria: 0800 282 5589
 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
 do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 721 0587
 Ligação Gratuita de Telefones Fixos
 Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL: 167
 Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifa de
 na origem para telefones celulares



DADOS DO CLIENTE MOISES SERAFIM DE SOUZA	DATA DE VENCIMENTO 02/08/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 26/07/2019	CONTA CONTRATO 4002614737
ENDEREÇO RUA NOVA DESCOBERTA 17 -CASA A - CENTRO/NOSSA SENHORA DO O - 55590-000 IPOJUCA PE -	TOTAL A PAGAR R\$ 28,63	DATA DA APRESENTAÇÃO 26/07/2019	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
PERÍODO CONSUMO 26/06/2019 a 26/07/2019	CONSUMO 58		
ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota valor do imposto R\$ 0,00			
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	VIA PARA PAGAMENTO		

Destaque aqui

CONTA CONTRATO 4002614737	MÊS/ANO 07/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 28,63	VENCIMENTO 02/08/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
-------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---

838500000008 286300110049 002614737105 173034400534



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

