
Rio de Janeiro, 04 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200096678

Vítima: MARCELO ALVES DE ALMEIDA FILHO

Data do Acidente: 10/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCELO ALVES DE ALMEIDA FILHO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 18 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200096678

Vítima: MARCELO ALVES DE ALMEIDA FILHO

Data do Acidente: 10/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCELO ALVES DE ALMEIDA FILHO

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\$ 945,00
Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%	
Graduação: Em grau residual 10%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%	
Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 =	R\$ 945,00

Recebedor: MARCELO ALVES DE ALMEIDA FILHO

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 000000052

Conta: 0000030535-4

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



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

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

113.347.584-17

Marcelo Alves de Almeida Filho

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

5 - Nome completo:

Marcelo Alves de Almeida Filho

6 - CPF:

113.347.584-17

7 - Profissão:

Recebeu-se

8 - Endereço:

Rua Cap João Leite

9 - Número:

320

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Boa Vista

12 - Cidade:

Garanhuns

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

552.93320

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):
(91) 9.258-3087

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0052

CONTA:

30535

4

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (nel/nesta)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

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:

Garanhuns 23/12/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0224003020**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **29/11/2019** às **11:45**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **10/11/2019** às **11:15**

Fato ocorrido no endereço: **BR-424, EM FRENTE AO BUFFET VITÓRIA -**

GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: **MUNICÍPIO DE GARANHUNS, 1 - Bairro: MAGANO -**

GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MATEUS NARCIZO DE ALMEIDA NUNES (OUTRO)
KATIA REJANE DA SILVA (OUTRO)
RAFAEL DAVI DIAS DE ALMEIDA (TESTEMUNHA)
LUCAS VIANA (TESTEMUNHA)
MARCELO ALVES DE ALMEIDA FILHO (VÍTIMA)
NICOLAS GABRIEL TRAJANO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **NICOLAS GABRIEL TRAJANO DA SILVA**

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCELO ALVES DE ALMEIDA FILHO**



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

MARCELO ALVES DE ALMEIDA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **EDVANIA DIAS FERREIRA**
Pai: **MARCELO ALVES DE ALMEIDA** Data de Nascimento: **26/3/1997** Naturalidade: **GARANHUNS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9761113/SDS/PE (RG), 11334758417 (CPF), 06708469022 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **VIGILANTE** Telefones Celulares:
- 87996204197

Endereço Residencial: **RUA CAPITAO JOAO LEITE, 320 - CEP: 55292200 - Bairro: ALOISIO PINTO - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

RAFAEL DAVI DIAS DE ALMEIDA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA FORTALEZA, 74 - CEP: 0 - Bairro: BOA VISTA - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL**

LUCAS VIANA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **AVENIDA JOSE LEITAO, 151 - CEP: 0 - Bairro: BOA VISTA - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL**

NICOLAS GABRIEL TRAJANO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **KATIA REJANE DA SILVA**
 Pai: **HELIO TRAJANO DA SILVA** Data de Nascimento: **14/12/2000** Naturalidade: **GARANHUNS / PERNAMBUCO /**
BRASIL Documentos: **10139693/SSP/PE (RG), 07146218465 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU**
 COMPLETO Profissão: **CHAVEIRO** Telefones Celulares:
 - **87999069026**

Residencial: **TRAVESSA ALVES TORORÓ - MAGANO, ATRÁS DA IGREJA ASSEMBLÉIA DE DEUS -**
GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL

MATEUS NARCIZO DE ALMEIDA NUNES (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO**
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

KATIA REJANE DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO /**
PERNAMBUCO / BRASIL
 Residencial: **TRAVESSA ALVES TORORÓ, POR TRAS DA IGREJA ASSEMBLÉIA DE DEUS -**
GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/FIAT/DOBLO** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **PRATA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

MOTOCICLETA 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MATEUS NARCIZO DE ALMEIDA NUNES**, que estava em
 posse do(a) Sr(a): **MARCELO ALVES DE ALMEIDA FILHO**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 110I** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PDV4179** (PERNAMBUCO/CAETES) Chassi: **9C2JB0100GR004516**
 Ano Fabricação/Modelo: **2015/2016** Combustível: **GASOLINA**

MOTOCICLETA 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **KATIA REJANE DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a):
NICOLAS GABRIEL TRAJANO DA SILVA
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 START** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PDI7896** (PERNAMBUCO/GARANHUNS) Chassi: **9C2KC2500KR044502**
 Ano Fabricação/Modelo: **2019/2019** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

AS VÍTIMAS PROCURARAM ESTA DELEGACIA PARA NOTICIAR QUE NO DIA 10/11/2019, POR VOLTA DAS 11H15MIN, NA BR-424, BAIRRO ALOISIO PINTO NESTA CIDADE, NAS PROXIMIDADES DO BUFFET VITÓRIA, O AUTOR - PESSOA DESCONHECIDA, GUIAVA O AUTOMÓVEL FIAT DOBLÔ DE COR PRATA, NÃO FOI POSSÍVEL IDENTIFICAR AS PLACAS, ENTROU SEM A DEVIDA ATENÇÃO NA CITADA BR, VINDO A ATINGIR AS MOTOCICLETAS QUE ESTAVAM SENDO GUIADAS PELAS VÍTIMAS, DEIXANDO LESÕES APARENTES NAS MESMAS, AS QUAIS FORAM SOCORRIDAS PARA O HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA PELO SAMU. O AUTOR SE EVADIU DO LOCAL DO ACIDENTE. AS TESTEMUNHAS ACIMA QUALIFICADAS TÊM CONHECIMENTO DO FATO. ALEGAM QUE PROCURARAM A POLICIA APENAS PARA NOTICIAR O FATO.

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

Marcelo Alves de Almeida Filho
MARCELO ALVES DE ALMEIDA FILHO
(VITIMA)
Nicolas Gabriel da Silva
NICOLAS GABRIEL TRAJANO DA SILVA
(VITIMA)



B.Q. registrado por:  **CARLOS ALBERTO DA SILVA** - Matrícula: **159935-6**



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

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

113.347.584-17

4 - Nome completo da vítima:

Marcelo Alves de Almeida Filho

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

5 - Nome completo:

Marcelo Alves de Almeida Filho

6 - CPF:

113.347.584-17

7 - Profissão:

Recebeu-se

8 - Endereço:

Rua Cap João Leite

9 - Número:

320

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Boa Vista

12 - Cidade:

Garanhuns

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

552.93320

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):
(91) 9.258-3087

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0052

CONTA:

30535

4

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (nel nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

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:

Garanhuns 23/12/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Marcelo Alves de Almeida Filho

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 11/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCELO ALVES DE ALMEIDA FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00052

CONTA: 000000030535-4

Nr. da Autenticação B6A542AFF893ED7A

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

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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

EDVANIA DIAS FERREIRA
CPF: 826.084.074-04

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA CAP JOAO LEITE 320 -A AP-320A
BOA VISTA/GARANHUNS
55293-330 GARANHUNS PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

19/12/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

129,40

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

12/12/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

12/12/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

087905649

CONTA CONTRATO

007004380686

Nº DO CLIENTE

2010865041

Nº DA INSTALAÇÃO

0005247704

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

19A5.DE43.C1A6.43AF.1C29.8404.5937.6F0D

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	149,00	0,7527874	112,83
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,99
Acréscimo Bandeira VERMELHA			5,44
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,99
ICMS Subvenção-CDE-NF 080091428-09/10/19			0,97
Multa por atraso-NF 080091428 - 09/10/19			2,56
Juros por atraso-NF 080091428 - 09/10/19			0,98
Atualização IGPM-NF 080091428 - 09/10/19			0,64
TOTAL DA FATURA			129,40

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Di Reav	Valor
18/11/19	12/12/19	115,82

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/ANEEL. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0.54933600

HISTÓRICO DO CONSUMO

	kWh
DEZ 19	149
NOV 19	134
OUT 19	149
SET 19	147
AGO 19	129
JUL 19	132
JUN 19	138
MAI 19	134
ABR 19	107
MAR 19	120
FEV 19	120
JAN 19	116
DEZ 18	142

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	40,27	33,77
Transmissão	4,45	3,73
Distribuição (Celpe)	26,98	22,82
Encargos Setoriais	6,33	5,31
Tributos	32,73	27,44
Perdas de Energia	8,50	7,13
TOTAL	119,26	100

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS		COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
119,26	25,00	29,81	119,26	0,44	0,52	119,26	2,02

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	VAR. kWh	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000003170632787	CAT	09/11/2019	3.706,00	12/12/2019	3.855,00	33	1,00000	0,00	149,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 09/01/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR AFURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
out/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	GARANHUNS	0,00	5,67	11,34	22,69
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,36	6,72	13,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,29	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 44,45					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: **lourival ribeiro arcanjo - me: r do ipiranga 187 - alioisio,souto p / mwl**
variedades: do ipiranga
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007004380686	12/2019	129,40	19/12/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

FICHA DE INTERNAÇÃO

Registro: 317683	Data e Hora do Atendimento: 18/11/2019 08:50	CNS:	Local:		
Paciente: 000118152 MARCELO ALVES DE ALMEIDA FILHO		Nascimento: 26/03/1997	Idade: 22	Sexo: Masculino	Cor: Sem informação
Estado Civil: Solteiro(a)		Profissão: AUXILIAR DE PRODUÇÃO		Naturalidade:	
Documento: 113.347.584-17		Filiação: Pai: MARCELO ALVES DE ALMEIDA Mãe: EDVANIA DIAS FERREIRA			
Endereço: AVENIDA Capitão João Leite		Nº: 320	Complemento:		
Bairro: Aloísio Souto Pinto		Cidade: GARANHUNS	UF: PE	CEP: 55292-200	
Telefone fixo:		Telefone Celular: (87) 99642-3292			
Convênio: Particular	Categoria:	Matricula: 8650001700991004		CRM:	
Medico: MARCONI RODRIGUES DE SOUZA LEITE	Leito: QTO. 21 LEITO 1				

HISTÓRICO:

T RAVUMA NA MÃO E

ANAMNESE:

Don a motrização

Exame medico fisico:

auscult de wheast de

DIAGNÓSTICO:

T RAVUMA NA MÃO E

CID

Hipótese diagnóstica:

Tratamento:

T RAVUMA NA MÃO E

Data da alta:

18.11.19

Motivo:

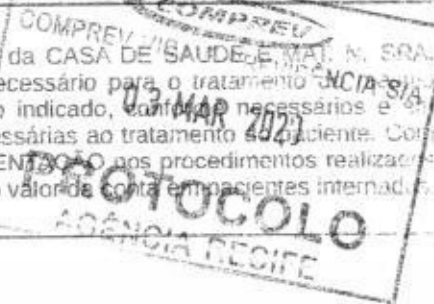
com

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Eu, Edvania Dias Ferreira, pelo presente termo, autorizo aos médicos da CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DO PERPÉTUO SOCORRO a procederem no paciente acima relacionado, tudo que acharem necessário para o tratamento (cirurgias, exames, transfusões, etc.) dando aos mesmos, plenos direitos para o tratamento indicado, com a observância das normas do decorrente de despesas não autorizadas pelos convênios, mas necessárias ao tratamento do paciente. Com a observância das normas do Sistema Único de Saúde (SUS) NÃO TERÃO QUE FAZER NENHUMA COMPLEMENTAÇÃO nos procedimentos realizados pelo Sistema Único de Saúde. Pacientes PARTICULARES será cobrada taxa administrativa de 10% sobre o valor da conta em pacientes internados.


Assinatura Médico cl Carimbo

Edvania Dias Ferreira
Assinatura / Responsável





Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora do Perpétuo Socorro Ltda.
Av: Simão Gomes, 33 – Heliópolis – Garanhuns/PE CEP 55296-250.
Fone/Fax: (87) 3762-2002 CNPJ 10.248.599/0001-30
E-mail: hpsocorro@hotmail.com

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o Sr. Marcelo Alves de Almeida Filho, portador do CPF: 113.347.584-17, esteve internado nesta Casa de Saúde no dia 18/11/2019, para internamento cirúrgico, sob os cuidados médicos do Dr. Marconi Rodrigues de Souza Leite, CRM- 13010 - PE.

Garanhuns, 13 de Dezembro de 2019.



CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE
N.S. PERPÉTUO SOCORRO LTDA
10.248.599/0001-30

Atestado que
Mônica Alves *
Almeida Filho está
em tratamento de
fratura na mão (E),
operado há 15 dias,
necessitando de
90 (noventa) dias *
de trabalho, desde a as-
tamento de trabalho.

**SUS**Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde
Pernambuco**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**1 - Nome do estabelecimento solicitante
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA2 - CNES
271029833 - Nome do estabelecimento executante
H.R.D. Moura

4 - CNES

Identificação do Paciente5 - Cartão Nacional de Saúde (CNS)
898.000.538.754.984

6 - SIS Prenatal

7 - Senha/Regulação

8 - Nº do Prontuário
37689 - Nome do Paciente
MARCELO A. M. A. FILHO10 - Data de Nascimento
26/03/1997

11 - Sexo

Masc. ☒ Femin. ☐12 - Nome da mãe ou responsável
Edilania Dias Ferreira

DDD

13 - Tel. Contato

14 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)
Rua Capitão João Leite nº 32015 - Município de Residência
Capitão João Leite16 - Cód IBGE Município
260.600.217 - UF
PE18 - CEP
55129000**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

19 - História Clínica / Exame Físico

paciente com G. HGFOMI no 1º
METACARPO e com NO TOCICLOGIA
AGUDA TRANSFUSIONAL

20 - Principais resultados de provas diagnósticas (resultados de exames realizados)

EXAME FÍSICO e LABORATORIAL21 - Diagnóstico Inicial
EMBURO NO 1º METACARPO22 - Cid. 10 Principal
T14.2

23 - Diagnóstico Secundário

24 - Cid. 10 Secundário

25 - Cid. 10 Causas Associadas

PROCEDIMENTO SOLICITADO26 - Descrição do procedimento solicitado
INTUBAÇÃO27 - Cód. do procedimento
030801001928 - Clínica
UNICOR29 - Caráter de internação
URGENTE30 - Documento
() CNS () CPF31 - Nº documento (CNS/CPF) do profissional solicitante/assistente
017048552114

32 - Assinatura e carimbo do solicitante / assistente

33 - Data da Solicitação
11/11/19

34 - Ass. e carimbo (diretor médico)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - () Acidente de Trânsito

38 - CNPJ da seguradora

39 - Nº do bilhete

40 - Série

36 - () Acidente de Trabalho Típico

41 - CNPJ da empresa

42 - CNAE da empresa

43 - CBOR

37 - () Acidente de Trabalho trajeto

44 - Vínculo com a previdência

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

45 Código do procedimento autorizado

AUTORIZAÇÃO

46 - Cód. Orgão Emissor

51 - Nº da autorização de internação hospitalar (AIH)

47 - Documento

48 - Nº do documento (CNS/CPF) do profissional autorizador

() CNS () CPF

49 - Data da autorização

50 - Assinatura e carimbo (nº do registro do conselho)

Emissão: **11/11/19** Alta: **15/11/19** Enf.

Leito

UNIDADE DE SAÚDE:

PACIENTE

Nome: Marcelo Alves de Almeida Filho Categoria: Sus
Sexo: masc Idade: 22 A. Cor: Estado Civil:
Naturalidade: Garanhuns. PE Profissão: Estudante
Endereço: Rua Capitão João Leite n: 320.
Procedência: Garanhuns. PE

RESPONSÁVEL

Pessoas de quem depende: Edilene Dias Feneus Parentesco: mãe
Endereço: O mesmo Fone: 07 9.9614.9487
Trazido por:
Endereço: Fone:

OCORRÊNCIA

Local do Acidente: Data: Hora:
NATUREZA ☐ Casual ☐ Acid. de Trânsito ☐ Tentativa de Suicídio
DO ☐ Queda ☐ Intoxicação ☐ Outras Causas
ACIDENTE ☐ Acidente de Trabalho ☐ Agressão
Atendimento ☐ Clínico ☐ Cirúrgico ☐

História da Doença Atual:

ingestão de 6 comprimidos de
1: momecino / mm

EXAME - FÍSICO

ATENÇÃO MÉDICA

Pressão Arterial: Pulso: Temperatura: Peso:

OGFOMINMO ms mm

Diagnóstico Provisório:

Fração de 7: momecino
ESQUERDO

Dr. Érico Herbert
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgião de Joints
CRM 18487 / BBO 13334
Médico / Cremepe

Blancine Sobral

Recepcionista

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Unidade de Saúde: _____ Região: _____

Município: _____

O Abaixo assinado _____

Pessoa Responsável pelo Doente: _____

Dá plena Autorização ao(s) Médico(s) assisti-lo durante todo período de Diagnóstico sob Internação ou Ambulatório até a sua alta.

Em _____ de _____ de 20 _____

Assinatura da pessoa responsável

O Abaixo assinado Marcelo Alves de Almeida Filho

Pessoa Responsável pelo Doente: Edvania Dias Ferreira. RG: 5.140.119

Reconhece que o mesmo deixou o Hospital Não la (mãe)

Contra o parecer do(s) Médico(s) Assistente(s) _____

Em 35 de Novembro de 20 14

Edvania Dias Ferreira

Assinatura da pessoa responsável



100 *Leide*

HOSPITAL REGIONAL DE GARANHUNS DOM MOURA

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

- ☐ Mudança de Procedimento
- ☐ Diária de UTI
- ☐ Diária de Acompanhante
- ☐ Vacina Anti Rh

- ☐ Uso de Prótese, Órtese
- ☐ Uso de Fatores de Coagulação
- ☐ Uso de oxigenadores
- ☐ Nutrição parenteral

Hospital: H. R. Dom Moura CNPJ: _____
Paciente: Marcelo Alves de Almeida Filho Nº AIH: _____
Procedimento Anterior: _____ Procedimento Solicitado: _____
Médico Solicitante: _____ CRM: _____ CPF: _____

JUSTIFICATIVA:

Declaro para os devidos fins que estive acompanhando o paciente acima identificado, durante a sua internação neste hospital.

Aprovo a cobrança de acompanhante junto ao HRGDM.

11, 11, 19
Data

Eduardo Dias Ferreira
Ass. Acompanhante

Ass. do Médico Solicitante

AUDITOR:

DATA:

HOSPITAL REGIONAL DE GARANHUNS
DOM MOURA
5ª REGIÃO DE SAÚDE
- GARANHUNS - PE

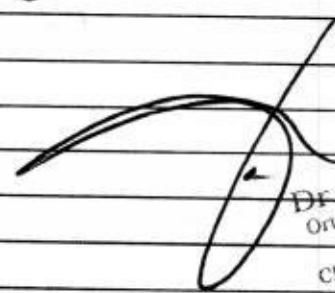
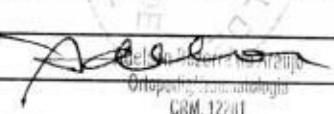
03 MAR 2021
PROTOCOLO
Assinatura - CRM

UNIDADE DE SAÚDE: H.R.D.M.

NOME DO PACIENTE: Marcelo Alves de Almeida Silva REGISTRO Nº 3768

CLÍNICA:

LEITO Nº

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
11/11/19		AGUARDANDO TRANSFERÊNCIA
		
		Dr. Érico Herbert Ortopedia / Traumatologia Clínica do Joelho CRM: 18487 / RBO: 13834
11/11/19		Paciente em 1º DTH, em EGG, consciente, orientado, acianótico, anictérico, pele e mucosas normocrômicas, normotensas, afebril, eufórico, segue medicado conforme prescrição médica, segue as cuidados da equipe de enfermagem.
11/11/19		Retorno. Procedimento de reposição muscular - labial em tela de ligamento. Realizado SAE.
		Evellyne Cyndra Alves Lemos COREN/PE 504462 - ENF
		Selma M. de Moraes Obstetra e Sanitarista COREN/PE 381764-ENF
12/11/19		Paciente aguardando procedimento cirúrgico.
		
		Alda Maria F. de Azevedo Ortopedia / Traumatologia CRM: 12201
12/11/19		Paciente evolui com EGR, consciente, orientado, eufórico, afebril, esotérico, pele, mucosas, medulas, diversos procedimentos cirúrgicos.
		Alda Maria F. de Azevedo Ortopedia COREN/PE 30357

HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA - HRDM

NOME: <u>MARCELO A. SOARES</u>	LEITO: <u>L05</u>
DATA: <u></u>	REGISTRO: <u>3268</u>

PRESCRIÇÃO-MÉDICA - CTI

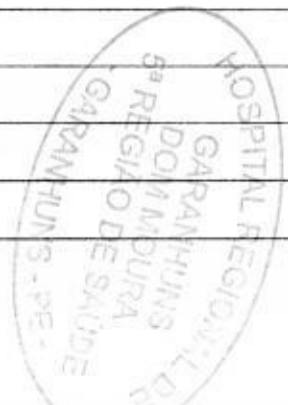
	MEDICAÇÕES	HORÁRIOS
1.	Dieta <u>LVW</u> Ligia Cordeiro Borges Nutricionista CRNB - 6596	
2.	Insulina Regular conforme esquema de glicemia capilar de 6/6h: 150 - 200: 2U 201-250: 4U 251 - 300: 6U 301-350: 8U 351-400: 10U >400: 12U Glicose 50% 4 amp IV se glicemia <70mg%	
3.	Captopril 25mg SL se PAS >= 180 ou PAD >= 110mmHg	
4.	Dipirona 2ml + AD 8ml, IV, Se T >= 37.8C ou dor, 6/6h	<u>18-24</u>
5.	Plasil 2ml + SFO, 9% 100 mL IV, se vômitos, 8/8h	
6.	Omeprazol 40mg + 10ml de diluente, IV às 6h	
7.	NBZ com SF 0,9% 3ml + atrovent 30gts + Berotec 10gts, 6/6h	
8.	O2 úmido 3l/min sob cateter nasal S/N	
9.	Fisio motora e respiratória	
10.	SSVV + CCGG 6/6h	
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		

MÉDICO

ENFERMEIRO

TEC. ENFERMAGEM

Dr. Enico Herbert
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM: 13487 / RQT: 13834



NOME: MARCELO ALVES DE ALMEIDA FILHO

LEITO: 05

DATA: 13/11/2019

REGISTRO : 3768

PRESCRIÇÃO

MEDICAÇÕES

1. DIETA ~~III~~ ZERO
2. JELCO HIDROLISADO
3. CEFALOTINA 1GR EV 6/6HRS
4. DAPIRONA 2CC + AD EV 6/6HRS (S/N)
5. PLASIL 01 AMP + AD EV 8/8HRS (S/N)
6. OMEPRAZOL 40 MG EV /DIA
7. SSVV + CCGG

HORÁRIOS

Dr. Cláudia Rosa dos Santos
Matrícula Clínica Funcional
CCH- 91449 - CPF: 450.043.204-01

Y2 18 00 06
S/N
S/N
06
Rafaelina

MÉDICO

Dr. Saulo Almeida
Ortopedia-Traumatologia
CREMEPE 8788-CREMAL 1551
TEOT 1300

ENFERMEIRO

TÉCNICO

Joseildo Lourenço Ferreira
Téc. de Enfermagem
CORRE-PE 1000457



NOME: MARCELO ALVES DE ALMEIDA FILHO

LEITO: 05

DATA: 14/11/2019

REGISTRO : 3768

PRESCRIÇÃO

MEDICAÇÕES

1. DIETA LIVRE
2. JELCO HIDROLISADO
3. CEFALOTINA 1GR EV 6/6HRS
4. DIPIRONA 2CC 1 AD EV 6/6HS (S/N)
5. PLASIL 01 AMP 1 AD EV 8/8HRS (S/N)
6. OMEPRAZOL 40 MG EV /DIA
7. SSVV 1 CCGG

HORÁRIOS

SND
Atenção
SIN
SN
Retina

MÉDICO

ENFERMEIRO

TÉCNICO

Dr. Saulo Almeida
Ortopedia-Traumatologia
CREMEPE 8788-CREMAI 4551
TEOT 300

Enfermeira
COREN-PE 321.118



NOME: MARCELO ALVES DE ALMEIDA FILHO

LEITO: 05

DATA: 15/11/2019

REGISTRO : 3768

PRESCRIÇÃO

MEDICAÇÕES

1. DIETA LIVRE
2. JELCO HIDROLISADO
3. CEFALOTINA 1GR EV 6/6HRS
4. DIPIRONA 2CC + AD EV 6/6HRS (S/N)
5. PLASIL 01 AMP + AD EV 8/8HRS (S/N)
6. OMEPRAZOL 40 MG EV /DIA
7. SSVV + CCGG

HORÁRIOS

Em 5m
 18 18 18 18
 5m 18 18 18 18
 18 18 18 18
 Retime

MÉDICO


 Dr. Marcelo Alves de Almeida Filho
 CRM 123456

ENFERMEIRO

Pedro Ribeiro
 Enfermeiro
 COREN-PE 345 987

TÉCNICO



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM

© Goldfine Toubian LLP Phone: (877) 376-2341

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

NOME: Monelso Alves de Almeida Filho SEXO: mas IDADE: 22

REGISTRO: 3768. DATA DE ADMISSÃO: 11/11/29

CLÍNICA PEDIÁTRICA () CIRÚRGICA (/) MÉDICA () TOCO-GINECOLÓGICA ()

DATA DE ALTA HOSPITALAR ____/____/____ PERMANÊNCIA HOSPITALAR ____ DIAS

ÓBITO 1 1 1 TRANSFERÊNCIA 1 1 1 Fevereiro 15/11/19

OBSERVAÇÃO: _____

DIAGNÓSTICO: Fractura 4º metacarpo mano E.

DATA DA CIRURGIA / /

LIMPA(L) POTENCIALMENTE CONTAMINADA(PC) CONTAMINADA (C) INFECTADA (I)

CIRURGIÃO _____ AUXILIARES _____

ANESTESISTA _____ TIPO DE ANESTESIA _____

PARTO TRANSPELVIANO OBSTETRA _____ PARTEIRA _____

BOLSA ROTA	HORAS
------------	-------

PROCEDIMENTOS DE RISCOS REALIZADOS:

() CATETERISMO VESICAL

() CATETERISMO VENOSO

() ENTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

() HEMOTRANSFUSÃO

() PUNÇÃO ABDOMINAL

() TRAQUEORRAFIA

1) PUNÇÃO VENOSA

() TRAQUEOSTOMIA

() NEBULIZAÇÃO

() PUNÇÃO LOMBAR

() EPISIOTOMIA

() OUTROS

OBSERVAÇÃO _____

INFECÇÃO SIM () NÃO ☒ HOSPITALAR () COMUNITÁRIA ()

LOCALIZAÇÃO DA INFECÇÃO:

() COTO UMBILICAL

() CUTÂNEA

() FERIDA CIRÚRGICA

() GASTRO INTESTINAL

() RESPIRATÓRIA

() PUERPERAL

() URINÁRIA

() VENOSA (FEBLITE)

() OSTEO ARTICULAR

() SNR(S. NERVOSO CENTRAL)

() SEPTICEMIA

() OUTROS

ANTIBIÓTICOTERAPIA: SIM () NÃO () PROFILÁTICA () CURATIVA ()

TIPO DE ANTIBIÓTICO, DOSE E DURAÇÃO: _____

BACTERIOLOGIA - CULTURA - ANTIBIOGRAMA

DATA 1 1

Dr. Erico Herbert
Ortopedia / Traumatologia
Clínica do Joelho
13834-000 / 13834-000
13834-000 / 13834-000

ASSINATURA E CARIMBO



Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH

SOLICITAÇÃO DE ANTIMICROBIANO

Nome do paciente: monello ALVES
de Almeida Filho
Registro: 3768

Setor:
Enfermaria:
Data de Admissão: 25.11.19

Hipótese Diagnóstica:

- ☐ Paciente clínico
☐ Paciente cirúrgico

- ☐ 1ª. Prescrição
☐ Prorrogação
☐ Substituição

- ☐ Uso terapêutico
☐ Uso profilático

- ☐ Inf Comunitária
☐ Inf hospitalar

- ☐ Baseado em antibiograma
☐ Fção renal alterada
☐ Fção hepática alterada

TIPO / TOPOGRAFIA DA INFECÇÃO

- ☐ Endocárdio ☐ Peles/partes moles ☐ sepse foco indefinido ☐ SNC
☐ Flebite ☐ Peritonite ☐ sepse relacionado cat ☐ úlcera por pressão
☐ Gastrointestinal ☐ respiratória alta ☐ sítio cirúrgico ☐ urinária com SVD
☐ Ginecológico ☐ respiratória baixa ☐ sítio cirúrgico profundo ☐ urinária sem SVD
☐ Osteoarticular ☐ respiratória baixa + VM ☐ sítio cirúrgico superficial ☐ vias biliares

antimicrobiano	via	dose	intervalo	Duração (dias)

Antibioticoterapia prévia?

- ☐ Sim ☐ Não

Se sim, qual?

1º antibiótico _____ Número de dias _____
2º antibiótico _____ Número de dias _____
3º antibiótico _____ Número de dias _____

Justificativa:

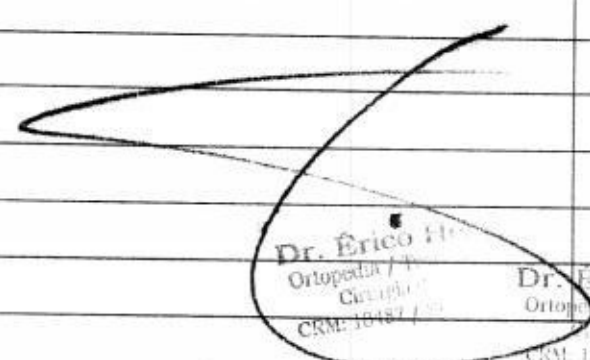
Médico solicitante:

Data: Hora:

HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA - HRDM

NOME: <u>MARCELO A SOA F</u>	LEITO:
DATA:	REGISTRO: <u>3768</u>

PRESCRIÇÃO-MÉDICA - CTI

	MEDICAÇÕES	HORÁRIOS
1.	Dieta <u>LIVRO</u>	
2.	Insulina Regular conforme esquema de glicemia capilar de 6/6h: 150 - 200: 2U 201-250: 4U 251 - 300: 6U 301-350: 8U 351-400: 10U >400: 12U Glicose 50% 4 amp IV se glicemia <70mg%	
3.	Captopril 25mg SL se PAS >= 180 ou PAD >= 110mmHg	
4.	Dipirona 2ml + AD 8ml, IV, Se T >= 37.8C ou dor, 6/6h	
5.	Plasil 2ml + SFO, 9% 100 mL IV, se vômitos, 8/8h	
6.	Omeprazol 40mg + 10ml do diluente, IV às 6h	
7.	NBZ com SF 0,9% 3ml + atrovent 30gts + Berotec 10gts, 6/6h	
8.	O2 úmido 3l/min sob cateter nasal S/N	
9.	Fisio motora e respiratória	
10.	SSVV + CCGG 6/6h	
11.	<u>AVANÇO UGOUH 4A</u>	
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		

Dr. Erico H. Robert
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 10487 / SP

Dr. Erico H. Robert
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 10487 / SP

MÉDICO

ENFERMEIRO

TEC. ENFERMAGEM

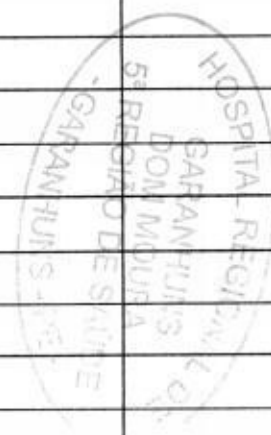
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

GC

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. On the left side, there is a vertical margin line, creating a narrow left margin. The paper appears to be from a notebook or a standard ruled sheet of paper.

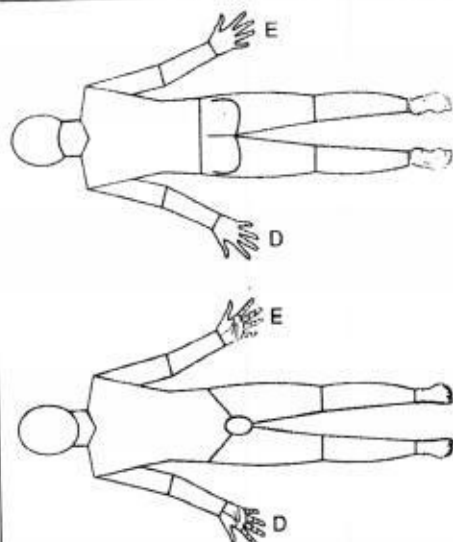
[illegible]

Mariangele U. [unclear]
[Signature]



Gasometria	
TGO	
TGP *	
Uréia	
Creatina	
ECG	
EDA	
USG	
TC	
RX	
Outros	

8 - Legenda:



1	Colar Cervical	13-Outros
2	Oxigenoterapia	
3	Monitorização + OP	
4	Acesso Venoso	
5	Drenos	
6	Punções	
7	Sonda Gástrico	
8	Sonda Vesical	
9	Queimaduras	
10	Lesões de Pele	
11	Suspeita de Fratura	
12	Curativos / Imobilizações	

Observações:

Diagnóstico de Enfermagem	Prescrições de Enfermagem

9 - Destino do Paciente:

() Observação	☒ Centro Cirúrgico	() Cl. Média	() Cl. Cirúrgica	() Transferência
() Alta	() Óbito	() Outros:	Data: / /	Hora: : Hs
Enfermeiro (a): Evellyne Cynara Alves Lemos COREN-PE 504462 - ENF			Coren:	

UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO
 ADMISSÃO - ADULTO

Nome	Marcelo Alves de Almeida Filho		Leito: 05
Diagnóstico Clínico	Exatidão 1º Meta corpo		
Idade			Data de Admissão: 11.11.19
			Data: 12.11.19

QUADRO CLÍNICO

1. Nível de Consciência: () Consciente () Inconsciente () Orientado () Desorientado (X) Sonolento
2. Presença de: () Edema () Anasarca () Úlcera de Pressão () Ascite
() Sedação () Drogas Vasoativas () Antibióticos
3. Queixas Gastrointestinais: () Vômito () Náusea () Distensão abdominal () Dor epigástrica
() Inapetência () Saciedade precoce () Pirose () Hematêmese (X) Sem Queixas
4. Trato Urinário: (X) Espontâneo () SVD () SVA () Anúria
5. Eliminações Intestinais: () Presente (X) Ausente- Dias: _____
() Normal () Pastosa () Líquida () Ressecadas () Mela () Diarreia () Constipação () Ostomia
7. Exames Bioquímicos/Imagem:

SITUAÇÃO NUTRICIONAL

1. Comorbidades: DM() tipo: ___ HAS() D. Renal() D. Hepática() Alergia alimentar() Ausente(X)
- Outras: _____
2. Aceitação Alimentar: () 100% (X) 50% () +50% () -50%
- Jejum () - Razão: _____

AValiação Nutricional

1. Risco Nutricional: () Presente (X) Ausente (NRS 2002)
2. Diagnóstico Nutricional: () Desnutrição Grave () Desnutrição () Eutrófico () Sobrepeso () Obesidade

CONDUTA NUTRICIONAL
DIETA:

1. Via: (X) Oral () Enteral () Parenteral
2. Consistência: (X) Livre () Branda () Pastosa () Líquida Pastosa () Líquida Total () Líquida de Prova
3. Tipo: () Hipossódica () Hipoglicídica () Sem sal () Hipolipídica () Laxante () Constipante
() _____
4. Suplemento/ Módulo: () _____
5. Simbiótico/ Prebiótico () _____

NECESSIDADES ENERGÉTICAS E PROTÉICAS ESTIMADAS - NUTRIÇÃO ENTERAL E PARENTERAL

P. atual: _____ Peso hab.: _____ Peso est.: _____ Peso Ideal _____ A: _____ A est.: _____ AJ: _____
 CB: _____ %CB: _____ CP: _____ %PP: _____ PR= Não Ptn/d: _____
 Cal/kg: _____ Cal/d: _____ Ptn/kg: _____ Ptn/d: _____
 Fórmula: _____ Características: _____
 Volume: _____ Vazão Prescrita: _____ Vazão do Dia: _____ Adequação Cal: _____
 Adequação Ptn: _____
 OBSERVAÇÕES: _____

 03 MAR 2021
 PROTOCOLO

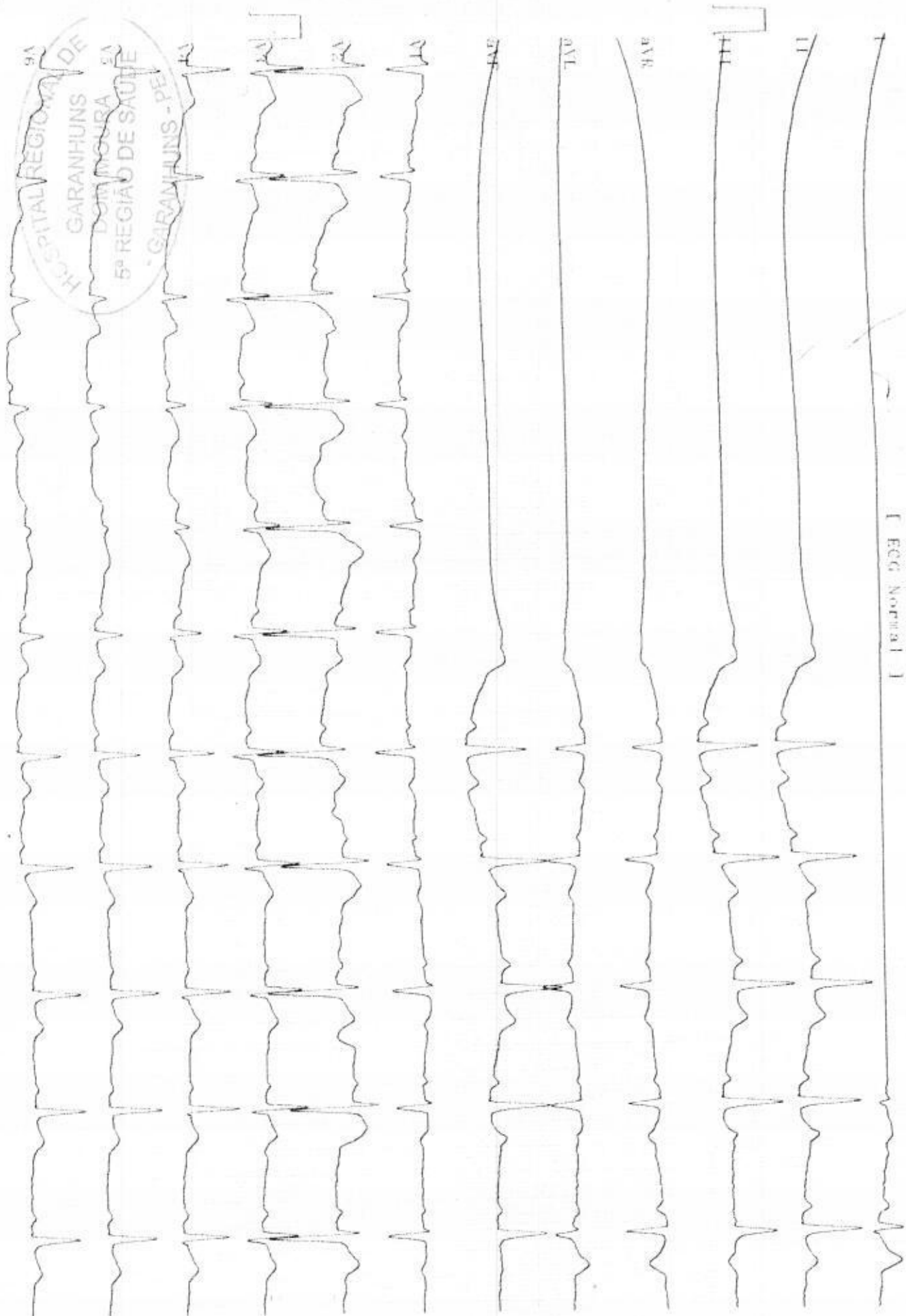
 Lígia Cordeiro Borges
 Nutricionista
 CRN6 - 6596

L5 - Marcelo Alves
12/11/19.

0.1Hz - 40Hz, C/60Hz., EMG.

Todos os Canais: 10.0mV/1V, 25.0mV/seg.

EKG2000 Ver5.06M.30 Microlab Co., Ltd.



ID :
Nome:

FC: 66bpm

Resultado da análise de ECG:
Ritmo Sinusal Normal
Fixo Normal
ECG Normal I

Principais Lesões	Crânio	Face	Pescoço	Dorso	Tórax	Abdômen	Pelve	MS	MI
Amputação								E D E D	
Contusão									
Escoriação									
Esmagamento									
Perfurante									
Contuso									
Frat. Fechada									
Frat. Aberta									
Laceração									
Luxação									
Queimadura %									

OBSERVAÇÕES:

Após exame -
les, do tipo
em MSE, QRS
e HR sin P
Rx.

EXAME NEUROLÓGICO:

- | | | | |
|--|---|--|--|
| ☒ Agitação | ☐ Sinal Battle Direito | ☐ Miose Direita | ☐ Parestesia |
| ☐ Sonoência | ☐ Sinal Battle Esquerdo | ☐ Miose Esquerda | ☐ Arreflexia |
| ☐ Coma | ☐ Sinal Guaxinin Direito | ☐ Midríase Direita | ☐ Pupila reagente |
| ☐ Confusão | ☐ Sinal Guaxinin Esq. | ☐ Midríase Esquerda | ☐ Pupila não reagente |
| ☐ Convulsão | ☐ Rigidez de nuca | ☐ Paralisia | ☐ Outros |
| ☐ Otorragia a Direita | ☐ Afasia | ☐ Paresia | |
| ☐ Otorragia Esquerda | | ☐ Anestesia | |

SEGMENTO:

Pescoço:

- ☐ Desvio Traqueia
- ☒ Normal
- ☐ Turgência Jugular
- ☐ Enfisema Subcutâneo
- ☐ Outros: _____

Abdômen

- ☐ Distensão
- ☐ Ascite
- ☐ Doloroso/Defesa
- ☐ Esplenomegalia
- ☐ Hepatomegalia
- ☐ Irritação peritoneal
- ☒ Normal

Urogenital

- ☐ Anúria
- ☐ Giordano Direito
- ☐ Giordano Esquerdo
- ☐ Hematúria
- ☐ Outros: _____

GINECO-OBSTÉTRICO:

- | | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Abortamento | ☐ Hemorragia Vaginal | ☐ Normal _____ Semanas | ☐ Outros: _____ |
| ☐ Trabalho de parto: | ☐ 1 cont./10 min | ☐ 1-3 cont./10 min | ☐ Sangramento |
| ☐ Parto Único | ☐ Gemelar | ☐ Líquido Meconial | ☐ Nascimento |
| | | ☐ Bolea rota | ☐ Apgar 1º Minuto: _____ |
| | | | ☐ Apgar 5º Minuto: _____ |

PROCEDIMENTOS:

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Desobstrução Vias Aéreas | ☐ Drenagem Torácica Esquerda | ☐ Sedação |
| ☐ Entubação Nasotraqueal | ☐ Massagem Cardíaca Externa | ☐ Imobilização Membros |
| ☐ Cânula Orofaringea | ☐ Desfibrilação/Cardioversão | ☐ Colar Cervical |
| ☐ Cricotireoidostomia | ☐ Controle Hemorragia | ☐ Talas/Tração |
| ☐ Ventilação Mecânica Ambu | ☒ Curativo | ☐ Entubação Orotraqueal |
| ☐ Inalação O ₂ | ☒ Punção Venosa Periférica | ☐ Traqueostomia |
| ☐ Tracocentose c/ Agulha Direita | ☐ Punção Venosa Central | ☒ Monitoração cardíaca/ Oximetria |
| ☐ Tracocentose c/ Agulha Esquerda | ☐ Sonda Gástrica | ☐ Outros: _____ |
| ☐ Drenagem Torácica Direita | ☐ Sonda Vesical | |

DIAGNÓSTICO:

ESCORIAÇÕES

Reposição Volêmica	Volume	Medicações	Dose	Via	Horário
Sol. Ringer Lactado					
Sol. Fisiológica 0,9%	500ml			IV	11.30
Sol. Glicosada 0,5%					
Sol. Glicofisiológica					

UNIDADE HOSPITALAR:

MUNICÍPIO:

INTERCORRÊNCIA:

PERTENCES DO PACIENTE:

Descrição	Nome e função do receptor	Assinatura do receptor

EQUIPE:

Médico Regulador	Médico da viatura	Enfermeiro (a)/ Téc. de Enfermagem	Condutor
M. M. M.	M. Paulo M.	JAYRON	MARIANO

TERMO DE RECUSA:

Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU REGIONAL DO AGRESTE, nesta oportunidade:

RG ou CPF:

Assinatura:

Dr. André Lourenço
Ortopedia - Dor
Assinatura e carimbo do médico
HORA: ____: ____



DECLARAÇÃO

Em 10 de Novembro de 2019, a Vítima de Colisão Carro x Motocicleta, Marcelo Alves de Almeida Filho, 22 anos; DN: 26/03/1997; RG: 9.761.113 SDS – PE; CPF: 113.347.584-17 foi socorrida pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, Unidade de Suporte Avançado – USA, da base descentralizada de Garanhuns – PE; Regulado pela Central de Regulação de Caruaru, ID: 0164 e transportada para o Hospital Regional Dom Mora em Garanhuns - PE , conforme registro de atendimento em anexo.

Garanhuns, 26 de Novembro de 2019

MICHELLY CAVALCANTI
Coordenadora SAMU Garanhuns
Matrícula: 90934

MICHELLY CAVALCANTI
Coordenadora SAMU
Garanhuns-PE
Mat. 90934



HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA
Simão Gomes, Heliópolis, Garanhuns - PE
CEP: 55296-250, Fone: (87) 3761-8100 | (87) 3761-8101

FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro 925403	Data e Hora do Atendimento 10/11/2019 às 11:58:53	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada EMERGÊNCIA ORTOPÉDICA
------------------------------	--	--	---

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 000011856 - MARCELO ALVES DE ALMEIDA FILHO
CNS: 898000538754984 Nascimento: 26/03/1997 Idade: 22 anos Sexo: Masculino Cor:
Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: ESTUDANTE Naturalidade: GARANHUNS Nacionalidade: Brasileiro

Documento: RG - 9761113
Filiação:
Pai: marcelo alves de almeida
Mãe: EDIVANIA DIAS FERREIRA

Endereço (Av., Rua, etc): RUA CAPITAO JOAO LEITE, Nº. 120 Complemento:
Bairro: BOA VISTA Cidade: Garanhuns UF: PE Telefone: (87) 99614-9488

Acompanhante:
Ocorrência: Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐
Procedência: BOA VISTA Meio de Transporte:

Atendimento Médico:
Data: / / Hora: Médico: CRM:

Queixa Principal:
-IDA: *Doença de mão e clavo.*
Ishtce
7600 = 15

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo: *Bruco RP*

Colisão: *CD* Sim ☒ Não ☐ Tipo: *Bruco RP* Motorista ☐ Passageiro ☐

Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Local do Impacto:

Vítima de Ferimento: Sim ☒ Não ☐ Tipo: *mo* *2* *3* *4* *5* *6* *7* *8* *9* *10* *11* *12* *13* *14* *15* *16* *17* *18* *19* *20* *21* *22* *23* *24* *25* *26* *27* *28* *29* *30* *31* *32* *33* *34* *35* *36* *37* *38* *39* *40* *41* *42* *43* *44* *45* *46* *47* *48* *49* *50* *51* *52* *53* *54* *55* *56* *57* *58* *59* *60* *61* *62* *63* *64* *65* *66* *67* *68* *69* *70* *71* *72* *73* *74* *75* *76* *77* *78* *79* *80* *81* *82* *83* *84* *85* *86* *87* *88* *89* *90* *91* *92* *93* *94* *95* *96* *97* *98* *99* *100* *101* *102* *103* *104* *105* *106* *107* *108* *109* *110* *111* *112* *113* *114* *115* *116* *117* *118* *119* *120* *121* *122* *123* *124* *125* *126* *127* *128* *129* *130* *131* *132* *133* *134* *135* *136* *137* *138* *139* *140* *141* *142* *143* *144* *145* *146* *147* *148* *149* *150* *151* *152* *153* *154* *155* *156* *157* *158* *159* *160* *161* *162* *163* *164* *165* *166* *167* *168* *169* *170* *171* *172* *173* *174* *175* *176* *177* *178* *179* *180* *181* *182* *183* *184* *185* *186* *187* *188* *189* *190* *191* *192* *193* *194* *195* *196* *197* *198* *199* *200* *201* *202* *203* *204* *205* *206* *207* *208* *209* *210* *211* *212* *213* *214* *215* *216* *217* *218* *219* *220* *221* *222* *223* *224* *225* *226* *227* *228* *229* *230* *231* *232* *233* *234* *235* *236* *237* *238* *239* *240* *241* *242* *243* *244* *245* *246* *247* *248* *249* *250* *251* *252* *253* *254* *255* *256* *257* *258* *259* *260* *261* *262* *263* *264* *265* *266* *267* *268* *269* *270* *271* *272* *273* *274* *275* *276* *277* *278* *279* *280* *281* *282* *283* *284* *285* *286* *287* *288* *289* *290* *291* *292* *293* *294* *295* *296* *297* *298* *299* *300* *301* *302* *303* *304* *305* *306* *307* *308* *309* *310* *311* *312* *313* *314* *315* *316* *317* *318* *319* *320* *321* *322* *323* *324* *325* *326* *327* *328* *329* *330* *331* *332* *333* *334* *335* *336* *337* *338* *339* *340* *341* *342* *343* *344* *345* *346* *347* *348* *349* *350* *351* *352* *353* *354* *355* *356* *357* *358* *359* *360* *361* *362* *363* *364* *365* *366* *367* *368* *369* *370* *371* *372* *373* *374* *375* *376* *377* *378* *379* *380* *381* *382* *383* *384* *385* *386* *387* *388* *389* *390* *391* *392* *393* *394* *395* *396* *397* *398* *399* *400* *401* *402* *403* *404* *405* *406* *407* *408* *409* *410* *411* *412* *413* *414* *415* *416* *417* *418* *419* *420* *421* *422* *423* *424* *425* *426* *427* *428* *429* *430* *431* *432* *433* *434* *435* *436* *437* *438* *439* *440* *441* *442* *443* *444* *445* *446* *447* *448* *449* *450* *451* *452* *453* *454* *455* *456* *457* *458* *459* *460* *461* *462* *463* *464* *465* *466* *467* *468* *469* *470* *471* *472* *473* *474* *475* *476* *477* *478* *479* *480* *481* *482* *483* *484* *485* *486* *487* *488* *489* *490* *491* *492* *493* *494* *495* *496* *497* *498* *499* *500* *501* *502* *503* *504* *505* *506* *507* *508* *509* *510* *511* *512* *513* *514* *515* *516* *517* *518* *519* *520* *521* *522* *523* *524* *525* *526* *527* *528* *529* *530* *531* *532* *533* *534* *535* *536* *537* *538* *539* *540* *541* *542* *543* *544* *545* *546* *547* *548* *549* *550* *551* *552* *553* *554* *555* *556* *557* *558* *559* *560* *561* *562* *563* *564* *565* *566* *567* *568* *569* *570* *571* *572* *573* *574* *575* *576* *577* *578* *579* *580* *581* *582* *583* *584* *585* *586* *587* *588* *589* *590* *591* *592* *593* *594* *595* *596* *597* *598* *599* *600* *601* *602* *603* *604* *605* *606* *607* *608* *609* *610* *611* *612* *613* *614* *615* *616* *617* *618* *619* *620* *621* *622* *623* *624* *625* *626* *627* *628* *629* *630* *631* *632* *633* *634* *635* *636* *637* *638* *639* *640* *641* *642* *643* *644* *645* *646* *647* *648* *649* *650* *651* *652* *653* *654* *655* *656* *657* *658* *659* *660* *661* *662* *663* *664* *665* *666* *667* *668* *669* *670* *671* *672* *673* *674* *675* *676* *677* *678* *679* *680* *681* *682* *683* *684* *685* *686* *687* *688* *689* *690* *691* *692* *693* *694* *695* *696* *697* *698* *699* *700* *701* *702* *703* *704* *705* *706* *707* *708* *709* *710* *711* *712* *713* *714* *715* *716* *717* *718* *719* *720* *721* *722* *723* *724* *725* *726* *727* *728* *729* *730* *731* *732* *733* *734* *735* *736* *737* *738* *739* *740* *741* *742* *743* *744* *745* *746* *747* *748* *749* *750* *751* *752* *753* *754* *755* *756* *757* *758* *759* *760* *761* *762* *763* *764* *765* *766* *767* *768* *769* *770* *771* *772* *773* *774* *775* *776* *777* *778* *779* *780* *781* *782* *783* *784* *785* *786* *787* *788* *789* *790* *791* *792* *793* *794* *795* *796* *797* *798* *799* *800* *801* *802* *803* *804* *805* *806* *807* *808* *809* *810* *811* *812* *813* *814* *815* *816* *817* *818* *819* *820* *821* *822* *823* *824* *825* *826* *827* *828* *829* *830* *831* *832* *833* *834* *835* *836* *837* *838* *839* *840* *841* *842* *843* *844* *845* *846* *847* *848* *849* *850* *851* *852* *853* *854* *855* *856* *857* *858* *859* *860* *861* *862* *863* *864* *865* *866* *867* *868* *869* *870* *871* *872* *873* *874* *875* *876* *877* *878* *879* *880* *881* *882* *883* *884* *885* *886* *887* *888* *889* *890* *891* *892* *893* *894* *895* *896* *897* *898* *899* *900* *901* *902* *903* *904* *905* *906* *907* *908* *909* *910* *911* *912* *913* *914* *915* *916* *917* *918* *919* *920* *921* *922* *923* *924* *925* *926* *927* *928* *929* *930* *931* *932* *933* *934* *935* *936* *937* *938* *939* *940* *941* *942* *943* *944* *945* *946* *947* *948* *949* *950* *951* *952* *953* *954* *955* *956* *957* *958* *959* *960* *961* *962* *963* *964* *965* *966* *967* *968* *969* *970* *971* *972* *973* *974* *975* *976* *977* *978* *979* *980* *981* *982* *983* *984* *985* *986* *987* *988* *989* *990* *991* *992* *993* *994* *995* *996* *997* *998* *999* *1000*

Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por: Transporte realizado por:

Condições de imobilização adequada: Sim ☐ Não ☐ Por que:

Exame físico: *Exame físico*

A: Geral Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐ Paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: °C

B: Respiratório

C: Circulatório PA: x mm Hg Pulso:

D: Exame Neurológico Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular Escore: Hora: Glasgow: Resposta Verbal Escore: Hora: Glasgow: Resposta Motora Escore: Hora:

Glasgow: Abertura Ocular Escore: Hora: Glasgow: Resposta Verbal Escore: Hora: Glasgow: Resposta Motora Escore: Hora:

Glasgow: Abertura Ocular Escore: Hora: Glasgow: Resposta Verbal Escore: Hora: Glasgow: Resposta Motora Escore: Hora:

Glasgow: Abertura Ocular Escore: Hora: Glasgow: Resposta Verbal Escore: Hora: Glasgow: Resposta Motora Escore: Hora:

Glasgow: Abertura Ocular Escore: Hora: Glasgow: Resposta Verbal Escore: Hora: Glasgow: Resposta Motora Escore: Hora:

Glasgow: Abertura Ocular Escore: Hora: Glasgow: Resposta Verbal Escore: Hora: Glasgow: Resposta Motora Escore: Hora:

Glasgow: Abertura Ocular Escore: Hora: Glasgow: Resposta Verbal Escore: Hora: Glasgow: Resposta Motora Escore: Hora:

Glasgow: Abertura Ocular Escore: Hora: Glasgow: Resposta Verbal Escore: Hora: Glasgow: Resposta Motora Escore: Hora:

E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados:

Resultado dos Exames:

Cód. Procedimento

Tratamento/Procedimento

Med.
Fe B255

Ass. Médico + Carimbo

Indicação Cirúrgica: Sim ☒ Não ☐ Motivo 0003

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a pedido ☐ Evadiu-se ☐

Condição da Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado

Transferido para:

☐ Inalterado ☐ Piorado

Internado na Clínica:

☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:

Data: / /

Hora:

Termo de Responsabilidade para Internamento

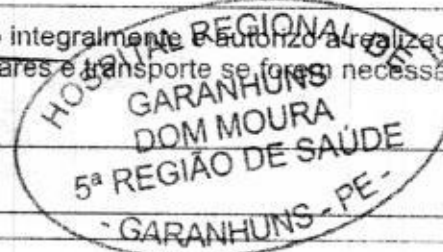
Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento clínico e /ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se for necessário.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:



Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: 10/11/19

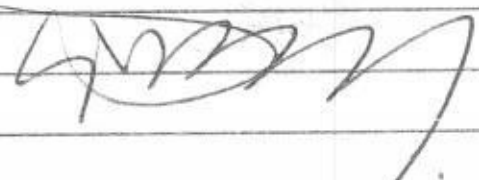
Nome Completo Legível:

Nº da Identidade: 5.190.149

Assinatura:

Edmarcio Silva Ferreira

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

UNIDADE DE SAÚDE		
NOME DO PACIENTE	NÚMERO DO REGISTRO	
CLÍNICA	NÚMERO DO LEITO	
OPERADOR		
1º ASSISTENTE	2º ASSISTENTE	
INSTRUMENTADOR	ANESTESISTA	
ANESTÉSIA	DURAÇÃO	
DATA DA OPERAÇÃO	INÍCIO	FIM
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO		
OPERAÇÃO PROPOSTA		
OPERAÇÃO REALIZADA		
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO		
1) Anestesia + Lavagem 2) Redução da fratura 3) Fixação com fio de K. 4) Tala leve		
		



Pernambuco

HRDM

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

CLASSIFICAÇÃO:	VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
Nome:	MOMMOM DOM MOURA PIMM			Idade: 22
Situação Clínica:	Bom de vida, sem problemas			

PROCEDÊNCIA

RESIDÊNCIA	VIA PÚBLICA	TRABALHO	UNIDADE DE SAÚDE
Oncologia Preexistente:			
Medicações em uso:			
INTOLERÂNCIA/ALERGIAS			

PARÂMETROS

PA	P	R	T	SpO2	HGT	Peso	Glasgow
----	---	---	---	------	-----	------	---------

RÉGUA DE DOR

LEVE	MODERADA	GRAVE
------	----------	-------

ACIDENTE DE TRABALHO ☐ SIM ☒ NÃO

Consciente	Orientado	Desorientado	AnsiOSO	Calmo
Agitado	Torporoso	Comatoso	Não atende voz de comando	

Ritmo Sinusal	Palpitações	Taquicardia	Bradicardia
Dispneia aos esforços	Dispneia de repouso	Dispneia de noturna	Cianose
Palidez	Sudorese		

DOR TORÁXICA

INTENSA	MODERADA	LEVE
---------	----------	------

Duração da dor:	
Localização:	

IRRADIAÇÃO DA DOR

Braco E	Braco D	Escapula	Mandibula	Tórax posterior	Abdome
---------	---------	----------	-----------	-----------------	--------

DOR PRESENTE

EM REPOUSO	AOS ESFORÇOS	QUANDO RESPIRA
------------	--------------	----------------

Fluxograma:	A Ordem
-------------	---------

Data:

10/11/19

Regu Tenório
Enfermeiro
CRP N-PE 467.767

Assinatura/Carimbo



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SAMU REGIONAL AGRESTE - REGISTRO DE ATENDIMENTO



Médico Regulador <i>M. Mello</i>		Rádio Operador de Frota <i>Kaio</i>		TARM		Ocorrência	
Data <i>10/11/19</i>	Hora <i>11:21</i>	ID <i>0164</i>	Unidade Móvel <i>USA</i>		Base da Unidade <i>CUS</i>		
Endereço da Ocorrência <i>BR 424</i>					Nº	Bairro	
Ponto de Referência <i>Curva do Buffet Vitória / JARDIM</i>					Município <i>CUS</i>		
Nome da Vítima <i>MARCELO ALVES DE OLIVEIRA</i>		RG		CPF	Data de Nascimento		
Endereço da Vítima		Nº	Bairro		Município		
Solicitante / Fone		Cartão Nacional de Saúde - SUS					
Queixas <i>COLISÃO CARRO / moto</i>							
Comunicação	Saída da Base <i>11:21</i>	Chegada ao local <i>11:30</i>	Saída do local <i>11:44</i>	Chegada ao destino <i>11:56</i>	Saída do destino <i>12:30</i>	Chegada à Base <i>12:39</i>	
Transferência (Senha):		Destino:		Hospital:			

Tipo de Agravo:

- ☐ Acidente de trânsito
- ☐ Pedestre
- ☒ Condutor do Veículo
- ☐ Passageiro do Veículo
- ☐ Agressão
- ☐ Clínico
- ☐ Desabamento/Soterramento

- ☐ Eletrocussão
- ☐ FAB
- ☐ FAF
- ☐ Gineco - Obstétrico
- ☒ Lesões térmicas
- ☐ Pediátrico
- ☐ Psiquiátrico

- ☐ Quase Afogamento
- ☐ Queda ____ Metro(s)
- ☐ Queimadura
- ☐ Térmica
- ☐ Química
- ☐ Elétrica
- ☐ Outros:

Antecedentes:

- ☐ AIDS
- ☐ Alcoolismo
- ☐ Alergia
- ☐ AVC
- ☐ Cirurgias Realizadas
- ☐ Convulsões

- ☐ Diabetes
- ☐ Doença Cardíaca
- ☐ Doença Infecto contagiosa
- ☐ Doença Mental
- ☐ Doença Renal
- ☐ Drogadição

- ☐ Hipertensão Arterial
- ☐ Internamentos anteriores
- ☐ Medicamentos:
- ☐ Problemas Respiratórios
- ☐ Outros:

Exame Clínico:

Principais sintomas/Queixas

- ☐ Agitação/Agressividade
- ☐ Alergia
- ☐ Ausência de Pulso
- ☐ Cianose
- ☐ Convulsão

- ☐ Diarreia
- ☐ Dificuldade Respiratória
- ☒ Dor Local
- ☐ Febre
- ☐ Inconsciente/Desmaio

- ☐ Palidez
- ☒ Sangramento
- ☐ Vômito
- ☐ Outros:

Início dos Sintomas: ☒ Menos de 1 hora ☐ 1 a 3 Horas ☐ Mais de 4 Horas ☐ Mais de 24 Horas ☐ Não Sabe

Sinais Vitais:

HORA	PA	FC	FR	Temperatura	Glicemia	Saturação O2 %	Escala de Glasgow
	<i>100 x 80</i>	<i>88</i>	<i>17</i>	<i>37.0°C</i>		<i>99%</i>	<i>15</i>

RESPIRAÇÃO:

Via Aérea

- ☒ Livre
- ☐ Obstrução Parcial
- ☐ Obstrução Total
- ☐ Corpo Estranho
- ☐ Bronco Aspiração
- ☐ Edema de Glote

Respiração/Vent.

- ☒ Espontânea
- ☐ Parada Respiratória
- ☐ Assistida
- ☐ Ritmo Irregular

Ausculta

- ☒ Normal
- ☐ Roncos/Sibilos
- ☐ Estertores
- ☐ Diminuição MV
- ☐ Ausência MV

Expansibilidade

- ☒ Normal
- ☐ Superficial
- ☐ Regular
- ☐ Irregular

Achados: ☐ Crepitação☐ Enfisema Subcutâneo☐ Expectoração mucosa/purulenta☐ Hemoptise☐ Hálito Etilico☐ Outros

Circulação:

Pele: ☐ Cianose☐ Fria☐ Úmida☒ Normal☐ Palidez☒ Quente☐ Seca☐ OutrosEdema: ☒ Ausente☐ Palpebral☐ M. Superiores☐ M. Inferiores☐ AnascaPerfusão: ☒ Normal☐ Retardada☐ Ausente☐ Cheio☐ AusentePulso: ☒ Regular☐ Irregular☐ Fino☐ Sopro☐ Anóxia parietalAusculta: ☐ Normal☐ Diminuída☐ Ausente☐ Sopro☐ Anóxia parietal

Michelle Cavalcanti
Coordenadora - SAMU
Garanhuns - PE
11/11/2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ADMINISTRAÇÃO DE TRÂNSITO
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PE

NOME
MARCELO ALVES DE ALMEIDA FILHO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
9761113 SDS PE

CPF
113.347.584-17

DATA NASCIMENTO
26/03/1997

FILIAÇÃO
MARCELO ALVES DE ALMEIDA
DA
EDVANIA DIAS FERREIRA

PERMISSÃO
00000000000000000000000000000000

ACC
00000000000000000000000000000000

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
06708469022

VALIDADE
19/04/2021

1ª HABILITAÇÃO
23/09/2016

OBSERVAÇÕES
EAE

ASSINATURA DO PORTADOR
Marcelo Alves de Almeida Filho

LOCAL
GARANHUNS, PE

DATA EMISSÃO
09/10/2017

ASSINATURA DO EMISSOR
Othávio Augusto Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

90116695138
PE081723601

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1485562908

PROIBIDO PLASTIFICAR
1485562908



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EC-7

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E AVISOS DE RUA




Marcelo Alves de Almeida Filho

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDADEM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

REGISTRO GERAL 9.761.113

NOME MARCELO ALVES DE ALMEIDA FILHO >>

FILIAÇÃO >> MARCELO ALVES DE ALMEIDA >>
>> EDVANIA DIAS FERREIRA >>

NATURALIDADE GARANHUNS - PE

DOC. ORIGEM >> CN 40923 L 1184 F 108 CART 1º DIST
GARANHUNS PE 17.04.1997 >>

DATA DE NASCIMENTO 26/03/1997

CPF 113.347.584-17

Ass. Cel. Adm. C. E. T. de Ident. 118

ASSINATURA DO DIRETOR - Cel. Cel. 118

LEI Nº 11.116 DE 29/08/83

COORDENADORIA DE PREVIDENCIA SIA

03 MAR 2021

PROTOCOLO

ANEXO DECISÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº 015101015966
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 000-RENAVAM 1063442637 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2019

NOME
MATEUS NARCIZO DE ALMEIDA NUNES

CAETES-PE 0

CPF / CNPJ 122.649.514-19 PLACA PDV4179

PLACA ANT. UF ***** /PE CHASSI 9C2JB0100GR004516

ESPECIE TIPO PAS /MOTOCICLETA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/POP 110I ANO FAB. 2015 ANO MOD. 2016

CAP / POT / CIL 2P/109CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
 IPVA 2019 QUITADO 1ª *****
 FAIXA I.P.V.A. 1 PARCELAMENTO / COTAS 2ª *****
 3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11 IOF (R\$) 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$) 84.58 DATA DE PAGAMENTO 07/01/19

SEM RESERVA

CAETES 04/07/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles

VINÍCIOS DEBEM SER PAGOS

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
 TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 015101015966 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MATEUS NARCIZO DE ALMEIDA NUNES

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

CAETES-PE EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 04/07/19

VIA 1 CPF / CNPJ 122.649.514-19 PLACA PDV4179

RENAVAM 1063442637 MARCA / MODELO HONDA/POP 110I

ANO FAB. 2015 CAT. TARE 09 Nº CHASSI 9C2JB0100GR004516

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 36.05 DENATRAM (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.32 TOTAL A SER PAGO PELO SEGUROADO (R\$) 84.58

PAGAMENTO X COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 07/01/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
 ELE NÃO É DE FORTE OBRIGATORIO.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200096678 **Cidade:** Garanhuns **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCELO ALVES DE ALMEIDA FILHO **Data do acidente:** 10/11/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 1º METACARPO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
P-1-2-4- 15-26

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DA MÃO ESQUERDA.

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 RESIDUAL DA MÃO ESQUERDA.

**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 uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200096678 **Cidade:** Garanhuns **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCELO ALVES DE ALMEIDA FILHO **Data do acidente:** 10/11/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 1º METACARPO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
P-1-2-4- 15-26

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO DEDO DA MÃO ESQUERDA.

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 DEDO DA MÃO ESQUERDA.

**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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50