Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

01/07/2020

Número: **0016958-29.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 22ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **28/03/2020**
Valor da causa: **R$ 8.505,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARCELO ALVES DE ALMEIDA FILHO (AUTOR)	**ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO)** **CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)**
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64039407	01/07/2020 15:45	ANEXO 1	Outros (Documento)

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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, 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

Pag. 00547/00548 - carta_01 - INVALIDEZ

00020274

Carta nº 15574641

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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, 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

Pag. 00749/00750 - carta_15R - INVALIDEZ
00030375

[illegible] despesas de [illegible] | DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) | ☒ INVALIDEZ PERMANENTE | ☐ MORTE

[illegible] | 3 - CPF da vítima | 4 - Nome completo da vítima

[illegible] DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E [illegible] DE RENDA [illegible] DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP [illegible]

[illegible] completo:

7 - Profissão: | 8 - Endereço | 9 - Número | 10 - Complemento

11 - Bairro | 12 - Cidade | 13 - Estado | 14 - CEP: 20

15 - E-mail | 16 - Telefone

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

[illegible] para todos os fins de direito [illegible] o endereço acima informado [illegible]

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA
☐ R$1,00 A R$ 1.000,00
☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00
☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ ACIMA DE R$5.000,00

21 - [illegible] BANCÁRIA: ☒ [illegible] ☐ DO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR E TUTOR)

☒ [illegible] (Somente para [illegible]) ☐ [illegible] CORRENTE

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) [illegible] BANCO: ____

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: ____ CONTA: ____ AGÊNCIA: ____ CONTA: ____

Informar o dígito se houver | Informar o dígito se houver | Informar o dígito se houver | Informar o dígito se houver

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta [illegible] o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT [illegible] reconhecendo [illegible] quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE [illegible] SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

[illegible] Seguro DPVAT [illegible] invalidez permanente [illegible] (assinale [illegible] das opções):

☐ [illegible] na região do acidente ou de [illegible] ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou de [illegible] não realiza perícias [illegible] do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou de [illegible] realiza perícias com prazo superior a [illegible] dias do pedido.

[illegible] que o prosseguimento da análise [illegible] indenização do Seguro DPVAT [illegible] apresentada, concordando, desde já, em me submeter à [illegible] da Seguradora Líder para verificação [illegible] das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme [illegible] declarando que esta autorização [illegible] concordância com a futura [illegible] ao direito de contestação [illegible]

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado [illegible] ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: [illegible] ☐ Sim ☐ Não | [illegible] se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo

28 - A vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não | 29 - [illegible] Filhos Vivos / Falecidos | [illegible] A vítima deixou nascituro (a nascer)? ☐ Sim ☐ Não | [illegible] deixou irmãos? ☐ Sim ☐ Não | [illegible] irmãos, informar Vivos / Falecidos | 33 - A vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Declaro estar 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 [illegible] 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 ____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

[illegible] 07/2020

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 134ª CIRCUNSCRIÇÃO - GARANHUNS - DP134ªCIRC
DINTER1/18ªDESEC

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 - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **10/11/2019** às **11:15**

Local ocorrência: **BR-424, EM FRENTE AO BUFFET VITÓRIA - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE GARANHUNS, 1 - Bairro: MAGANO - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Área de Saída: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DEOLINDA CINO (AUTOR / AGENTE)
MATEUS MARCELO DE ALMEIDA NUNES (AUTOR)
KATIA REJANE DA SILVA (AUTOR)
RAFAEL DAVI DIAS DE ALMEIDA (TESTEMUNHA)
LUCAS VIANA (TESTEMUNHA)
MARCELO ALVES DE ALMEIDA FILHO (VITIMA)
NICOLAS GABRIEL TRAJANO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência

VEÍCULO: (Usado na ocorrência) , que estava em posse de(a) Sr(a): NICOLAS GABRIEL TRAJANO DA SILVA
VEÍCULO: (Usado na ocorrência) , que estava em posse de(a) Sr(a): [illegible]
VEÍCULO: (Usado na ocorrência) , que estava em posse de(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: **2°. 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: **2°. 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: **AUTOMOVEL/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**

03 MAR 2020

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 DOBLÓ 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 SOCORIDAS 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 T. da Silva

NICOLAS GABRIEL TRAJANO DA SILVA
(VITIMA)

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA

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

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/07/2020 15:45:04
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115450412700000062857538
Número do documento: 20070115450412700000062857538

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

CELPE
www.celpe.com.br

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: 828.084 074-04

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	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
19/12/2019	12/12/2019	007004380686
TOTAL A PAGAR (R$)	DATA DA APRESENTAÇÃO 12/12/2019	Nº DO CLIENTE 2010865041
129,40	NUMERO DA NOTA FISCAL 087905649	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	0,75727874	112,83
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,99
Acréscimo Bandeira VERMELHA			5,44
Contrib. Illum. Pública Municipal			4,99
ICMS Subvenção-CDE-NF 080091428-09/10/19			0,87
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.

Vencto	Dt 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 na Art. 99 REN 414/Anexo. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)	0,54813000

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	118
DEZ	18	142

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R$	%
Geração de Energia	40,27	33,77
Transmissão	4,45	3,73
Distribuição (Celpe)	26,98	22,62
Encargos Setoriais	6,35	5,31
Tributos	32,73	27,44
Perdas de Energia	8,52	7,13
TOTAL	119,30	100

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
119,26	25,00	29,81	119,26	0,44	0,52	119,26	2,02	2,40

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NUMERO DO MEDIDOR	TIPO DA LEITURA	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
0000000003170632787	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 APURADO out/2019	META MENSAL	META TRIM	META ANUAL
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	5,23	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-aloisio,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
007004380686	12/2019	129,40	19/12/2019

TALÃO DE PAGAMENTO
Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Sexo: Masculino

Solicitação: AUXILIAR DE PRODUÇÃO

Mãe: EDVANIA DIAS

AV. ENDA

Alguns Sonho Pigio

Cidade: GARANHUNS

PE

CEP: 55292-285

Telefone Celular: (87) 99642-3292

Particular

Matrícula:

MARCONI RODRIGUES DE SOUZA

Posto - B

Data: 01.01.21 HEITOR

TEMPO DE AUTOMEDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO

02 MAR 2021

Responsável

Criado por Ricardo Catão em 18/11/2019 18:17

Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora do Perpétuo Socorro Ltda.
Av: Simoa Gomes, 33 – Heliopolis – 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 medicos do Dr. Marconi Rodrigues de Souza Leite. CRM- 13010 - PE.

*Garanhuns, 13 de **Dezembro** de 2019.*

CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE
NS PERPÉTUO SOCORRO LTDA
10.248.599/0001-30

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 MOURA
2 - CNES: 2 7 0 2 9 8 3

3 - Nome do estabelecimento executante: H. R. D. Moura
4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - Cartão Nacional de Saúde (CNS): 898.000.533.754.934
6 - SIS Prenatal:
7 - Sexo (Masc/Fem):
8 - N. de Prontuário: 3763

9 - Nome do Paciente: MARCELO A. NG A FILHO
10 - Data de Nascimento: 26/03/99
11 - Sexo: Masc. [X] Femin. [ ]

12 - Nome da mãe ou responsável: Adriana Dias Ferreira
DDD 13 - Tel. Contato:

14 - Endereço (Rua, Nº, Bairro): Rua Coronel João Leite nº 320.

15 - Município de Residência: Caruaru
16 - Cod IBGE Município: 260.6002
17 - UF: PE
18 - CEP: 55.210.000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - História Clínica / Exame Físico:
NEURO SDR 6 NEFOMIOMO NO 1º METACARPO MD QUEDA DE MOTOCICLETA
AGUDA TRANSFORÊNCIA

20 - Principais resultados de provas diagnósticas (resultados de exames realizados):
EXAME FÍSICO E HEMOGRAMA

21 - Diagnóstico inicial: FRATURA NO 1º METACARPO
22 - Cid 10 Principal: T14.2

23 - Diagnóstico Secundário:
24 - Cid 10 Secundário:
25 - Cid 10 Causas Associadas:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - Descrição do procedimento solicitado: FIXAÇÃO ORTÓPEDICA
27 - Cód. do procedimento: 0303010019

28 - Clínica: ORTOPEDIA
29 - Caráter de internação: URGÊNCIA
30 - Documento: [ ] CNS [X] CPF
31 - Nº documento (CNS/CPF) do profissional solicitante/assistente: 01102855714

32 - Assinatura e carimbo do solicitante / assistente:
33 - Data da Solicitação: 1/11/19
34 - Ass. e carimbo (diretor médico):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - [ ] Acidente de Trânsito
36 - [ ] Acidente de Trabalho Típico
37 - [ ] Acidente de Trabalho trajeto

38 - CNPJ da seguradora:
39 - Nº do bilhete:
40 - Série:
41 - CNPJ da empresa:
42 - CNAE da empresa:
43 - CBOR:

44 - Vínculo com a previdência: [ ] Empregado [ ] Empregador [ ] Autônomo [ ] Desempregado [ ] Aposentado [ ] Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

45 Código do procedimento autorizado:
46 - Cod. Órgão Emissor:
47 - Documento: [ ] CNS [ ] CPF
48 - Nº do documento (CNS/CPF) do profissional autorizador:
49 - Data da autorização:
50 - Assinatura e carimbo (nº do registro do conselho):
51 - Nº da autorização de internação hospitalar (AIH):

Admissão: 11/11/19 Alta: 15/11/19 Enf. _____ Leito _____

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DE GARANHUNS DOM MOURA
FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro Nº 3768
Data 22/03/19
Hora 10:53

UNIDADE DE SAÚDE:

PACIENTE

Nome: Marcelo Alves de Almeida Filho Categoria: Solteiro
Sexo: masc Idade: 22 A. Cor: Estado Civil:
Naturalidade: Garanhuns PE Profissão: Estudante
Endereço: Rua Capitão João Brito nº 350.
Procedência: Garanhuns PE

RESPONSÁVEL

Pessoas de quem depende: Eliania Dos Santos Ferreira Parentesco: mãe
Endereço: o mesmo Fone: 87 9.9614.9487
Trazido por:
Endereço: Fone:

OCORRÊNCIA

Local do Acidente: Data: Hora:

NATUREZA DO ACIDENTE: ☐ Casual ☐ Queda ☐ Acidente de Trabalho ☐ Acid. de Trânsito ☐ Intoxicação ☐ Agressão ☐ Tentativa de Suicídio ☐ Outras Causas

ATENÇÃO MÉDICA

Atendimento: ☐ Clínico ☐ Cirúrgico ☐

História da Doença Atual

MOLESTIA DE DEFORMIDADE DO 1º METATARSO / MD

EXAME - FÍSICO

Pressão Arterial: Pulso: Temperatura: Peso:

DEFORMIDADE NA MD

Diagnóstico Provisório: FRATURA DO 1º METATARSO ESQUERDO

Recepcionista

Médico / Cremepe

GRÁFICA E EDITORA - 3469.2697

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

GOVERNO DE Pernambuco

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. Rua 5 140 Rio Doce

Reconhece que o mesmo deixou o Hospital HDA

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

Em 15 de Novembro de 20 19

Edvania Dias Ferreira

Assinatura da pessoa responsável

100 Leite

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

Eubanio Dias Ferreira
Ass. Acompanhante

Ass. do Médico Solicitante

AUDITOR:

DATA:

Assinatura - CRM

HRDM
Hospital Regional Dom Moura
Garanhuns - PE

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

EVOLUÇÃO CLÍNICA

PERNAMBUCO

UNIDADE DE SAÚDE: H.R. D. Moura

NOME DO PACIENTE: Marcelo Alves de Almeida REGISTRO Nº 3763

CLÍNICA: LEITO Nº

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
11/11/19		AGUARDA TRANSFERENCIA
11/11/19		Paciente em 1º DIH, em EGG, consciente, orientado, acianótico, anictérico, pele e mucosas normocradas, normotérmico, afebril, eupnéico, segue medicação conforme prescrição médica, segue os cuidados da equipe de enfermagem. Evellyne Cynara Alves Lemos COREN-PE 504462 - ENF
11/11/19		Pct interno. Movimento do leito mas ainda colocado em tela de espera. Realizado SAE. Selma M. de Morais Obstetra e Sanitarista COREN/PE 381764-ENF
12/11/19		Paciente aguardando transporte único.
12/11/19		Paciente evoluindo EGR consciente, orientado, eupnéico, afebril, escoriações pelo corpo, mobilizado, alimentando e urinando presente, segue aguardando procedimento cirúrgico.

HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA - HRDM

NOME: MARCELO A. SG A. F LEITO: L05
DATA: REGISTRO: 3763

PRESCRIÇÃO-MÉDICA – CTI

	MEDICAÇÕES	HORÁRIOS
1.	Dieta LLW Ligia Cordeiro Borges Nutricionista CRN8 - 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	18 - 24
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	AGUARDA REGULAÇÃO	
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

MÉDICO ENFERMEIRO TEC. ENFERMAGEM

HRDM

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

PERNAMBUCO

PRESCRIÇÃO MÉDICA E RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Unidade de Saúde:

Nome do Paciente: Marcelo Alves Enfermaria: Leito N° 05 Registro N°

DATA	HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORA DE APLICAÇÃO DA MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÃO
12/11/19	1	Dieta livre		
	2	Dipirona 1g IM S/N	S/N	04 05
	3	SSVVAACCGG		
		Ambulatorial		
		Enalapril 10 - 10		
		Carvedilol - 12		
		Losartana 40 - 12	8.00 - 160/110	
		Cefalexina 7E 12 - 30	6.67 - 116	
		Hidralazina		
		AAS - 02 - 10		
		Dieta de Rancho		
		B.C.G		
		Clexane 80mg 1U Dap		
		Dipirona 0,25 30		

12/22

AS ANOTAÇÕES FEITAS DEVEM SER RUBRICADAS PELO RESPONSÁVEL

PERNAMBUCO

Hospital Regional Dom Moura
Cirurgia Cardíaca

HRDM

NOME: MARCELO ALVES DE ALMEIDA GUEDES

LEITO: 05

DATA: 13/12/99

REGISTRO: 3768

PRESCRIÇÃO

MEDICAÇÕES	HORÁRIOS
1 DIETA ZERO	
2 DEFLCOGIDRO 1S	
3 CEFALOZIN	
4 DIPIRONA	
5 PLASIL 02 AMP ADULTOS 8HRS SN	
6 OMEPRAZOL 40 MG EV DIA	
SSVV E CGC	

Dr. Cláudio
Residência Clínica Cirúrgica
CRM-PE

MEDICO

ENFERMEIRO

TECNICO

Dr. Sandro Almeida
Cirurgião Torácico
CREMEPE 9788 CREMM 1557

PERNAMBUCO

Hospital Regional Dom Moura
Clínica Cirúrgica

HRI

NOME: MARCELO [illegible] MEDALHEIRO

DATA: [illegible]

CLÍNICA

REGISTRO: 3268

PRESCRIÇÃO

MEDIDAS GERAIS

1. [illegible]
2. [illegible]
3. [illegible]
4. [illegible]
5. [illegible]
6. [illegible]
7. [illegible]

HORÁRIOS

SND
Atenção
SN
SN

Ratina

MÉDICO

Dr. [illegible]
Ortopedia [illegible]
CREMEPE [illegible]

ENFERMEIRO

[illegible]
Enfermeira
COREN-PE 321 110

TÉCNICO

PERNAMBUCO

Hospital Regional Dom Malan
Clínica Cirúrgica

HRD

NOME: MARCELO [illegible]

LEITO: [illegible]

DATA: 15/[illegible]/2019

REGISTRO: 3768

PRESCRIÇÃO

MEDICAÇÕES	HORÁRIOS
1. DIPIRONA EV	SN 8
2. BUTILHIOSCIN EV	12/20
3. CLAFOLIN VO (FRASCO)	12 12 CG
4. DIPIRONA VO [illegible]	SN
5. PLASIL 10 AMP [illegible]	SN
6. OMEPRAZOL [illegible]	CG
7. SSVA [illegible] CCGG	Retirar

MÉDICO

ENFERMEIRO

Pedro Ribeiro
Enfermeiro
COREN-PE 245 987

TÉCNICO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO - SUS
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

OME: Marcelo Alves de Almeida Filho REGISTRO Nº: 376Y.
NF.: LEITO: 05 CLÍNICA:

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM

DATA	HORA	T	P	R	PA	DIURESE	PESO	DRENAGEM	
1/11	11:55				180/80				
1/11	18:00				130x80				
1/11	[illegible]				140x80				
[illegible]	[illegible]				[illegible]			[illegible]	
2/11	06:00				120x80				
2/11	12h				140x80				
2/11	18h				130x70				
3/11	23h				130x60				

HOSPITAL REGIONAL DE GARANHUNS DOM MOURA

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

NOME: Manoela Alves de Almeida Filha SEXO: masc IDADE: 22

REGISTRO: 3768 DATA DE ADMISSÃO: 11/11/19

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

DATA DE ALTA HOSPITALAR ___/___/___ PERMANÊNCIA HOSPITALAR ___ DIAS

ÓBITO ___/___/___ TRANSFERÊNCIA ___/___/___ Recife 15/11/19

OBSERVAÇÃO: ___

DIAGNÓSTICO: Fratura 4º metacarpo mão 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
(✓) 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 ___ (VIDE FOLHA ANEXA)

DATA ___/___/___

ASSINATURA E CARIMBO

Comissão de Controle de Infecção Hospital – CCIH

SOLICITAÇÃO DE ANTIMICROBIANO

Nome do paciente: [illegible]
Registro: 3168

Setor:
Enfermaria:
Data de Admissão: 11.11.19

Hipótese Diagnóstica:

( ) Paciente clínico
( ) Paciente cirúrgico

( ) 1ª. Prescrição
( ) Prorrogação
( ) Substituição

( ) Uso terapêutico
( ) Uso profilático

( ) Inf Comunitaria
( ) Inf hospitalar

( ) Baseado em antibiograma
( ) Fção renal alterada
( ) Fção hepática alterada

TIPO / TOPOGRAFIA DA INFECÇÃO

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

antimicrobiano	via	dose	intervalo	Duração (dias)

Antibioticoterapia prévia?

( )Sim ( ) Não

Se sim, qual?

1° antibiótico _____ Número de dias ___

2° antibiótico _____ Número de dias ___

3° antibiótico _____ Número de dias ___

Justificativa:

Medico solicitante:

Data: Hora:

HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA - HRDM

NOME:	MATEUS A SGA F	**LEITO:**	
DATA:		**REGISTRO:**	3763

PRESCRIÇÃO-MÉDICA – CTI

	MEDICAÇÕES	HORÁRIOS
1.	Dieta L I V-D	
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		
12	AGUARDA VAGA UTI	
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

MÉDICO ENFERMEIRO TEC. ENFERMAGEM

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO - SUS
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

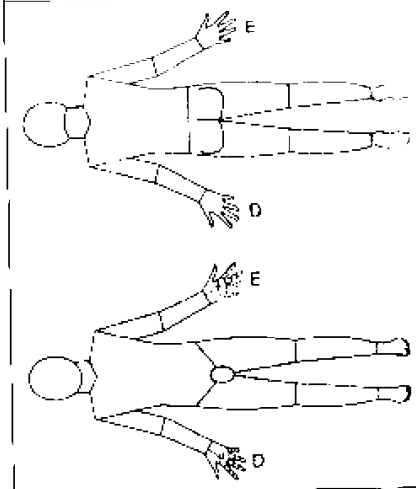
NOME: Yocalo Alves REGISTRO Nº:
ENF.: LEITO: 05 CLÍNICA: GC

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM

DATA	HORA	T	P	R	PA	DIURESE	PESO	DRENAGEM	
14/11	12h				140x90				
14/11	18h				140x90				
15/11	12h	-	-	-	120x90mmHg				

Gasometria		
TGO		
TGP		
Ureia		
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 | (X) Centro Cirúrgico | ( ) Cl. Média | ( ) Cl.Cirúrgica | ( ) Transferência

( ) Alta | ( ) Óbito | ( ) Outros:

Data: / / Hora: : Hs

Enfermeiro (a): Evellyne Cynara Alves Lemos COREN-PE 504462 - ENF

Coren:

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA - GARANHUNS

UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO
ADMISSÃO - ADULTO

Nome Marcelo Alves de Almeida Filho **Leito:** 05
Diagnóstico Clínico Exclusão 1º Metacarpo
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 ( ) Ulcera 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 ( ) Liquida ( ) Ressecadas ( ) Melena ( ) 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 ( ) Liquida Pastosa ( ) Liquida Total ( ) Liquida de Prova
3. Tipo: ( ) Hipossódica ( ) Hipoglicidica ( ) Sem sal ( ) Hipolipidica ( ) 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: __ PP- Não
Cal/kg: ____ **Cal/d:** _____ **Ptn/kg:** _____ **Ptn/d:** _____
Fórmula: _____ **Características:** _____
Volume: ___ **Vazão Prescrita:** _____ **Vazão do Dia:** _____ **Adequação Cal:** __
Adequação Ptn: _____
OBSERVAÇÕES:

Maria Cordeiro Borges
Nutricionista
CRN6 - 6596

L 5 - Marcelo Alves
12/11/19.

Lesões Cutâneas	Tórax	Face	Pescoço	Dorso	Tórax	Abdômen	Pelve	MS E	MS D	MI E	MI D	OBSERVAÇÕES
Edema												
Contusão												
Escoriação												
Ferimento perfurante												
Ferimento												
Ferimento												
Ferimento												
Ferimento												
Ferimento												
Ferimento												
Ferimento												

EXAME NEUROLÓGICO:

- Consciente
- Confuso
- Letargico
- Orientado
- Desorientado
- Convulsão
- Sinal Battle Direito
- Sinal Battle Esquerdo
- Sinal Guaxinin Direito
- Sinal Guaxinin Esq.
- Rigidez de nuca
- Afasia
- Miose Direita
- Miose Esquerda
- Midríase Direita
- Midríase Esquerda
- Paralisia
- Paresia
- Anestesia
- Paralisia
- Anisocoria
- Pupila reagente
- Pupila não reagente
- Outros

SEGMENTO:

Pescoço:

- Desvio Traquéia
- Normal
- Turgência Jugular
- Enfisema Subcutâneo
- Outros: _____

Abdômen

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

Urogenital

- Anuria
- Giordano Direito
- Giordano Esquerdo
- Hematuria
- Outros: _____

HISTÓRICO OBSTÉTRICO:

Acompanhamento: o Hemorragia Vaginal o Normal ____ Semanas o Outros: _____

Dilatação no parto: o 1 cont./10 min o 1-3 cont./10 min o Bolsa rota o Sangramento o Nascimento

Nascimento: o Gemelar o Líquido Meconial o Apgar 1º Minuto: ____ o Apgar 5º Minuto: ____

PROCEDIMENTOS:

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

MEDICAÇÃO: _____

Composição Volêmica	Volume	Medicações	Dose	Via	Horário
Ringer Lactado					
Fisiológica 0,9%					
Glicosada 5,0%					
Mixofisiológica					

ALTA HOSPITALAR: _____

Assinatura e carimbo do médico

HORA: ____

PERTENCES DO PACIENTE:

Descrição	Nome e função do receptor	Assinatura do receptor

EQUIPE:

Médico Regulador	Médico da viatura	Enfermeiro (a)/ Téc. de Enfermagem	Condutor

TERMO DE RECUSA:

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

Data: _____ Assinatura: _____

Jr. Alfredo Lourenço
Ortopedia - Dor
CRM-PE 21000

Exames

Diagnóstico Inicial:

Procedimentos Solicitados:

Relatório dos Exames:

Cod. Procedimento

Nome do Procedimento

Ass. Médico

Indicação Cirúrgica: Sim [X] Não [ ] Motivo:

Ass. Enfermeira

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

Condição da Alta:

Atendimento [ ] Cirurgia [ ] Óbito [ ] Termo de Alta a pedido [ ] Evadiu-se [ ]

[ ] Curado [ ] Melhorado

Transferido para:

[ ] Inalterado [ ] Piorado

Permanecendo na Clínica:

[ ] Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

CRM: Data: / / Hora:

Termo de Responsabilidade para Internamento

Ciente das normas existentes neste Hospital, as mais aceito integralmente. Autorizo a realização de tratamento clínico-cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se julgar necessários.

Nome Completo Legível:

Identidade: Assinatura:

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

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

Data: 10.11.19

Nome Completo Legível:

Nº de Identidade: 5.190.149 SDS 4R

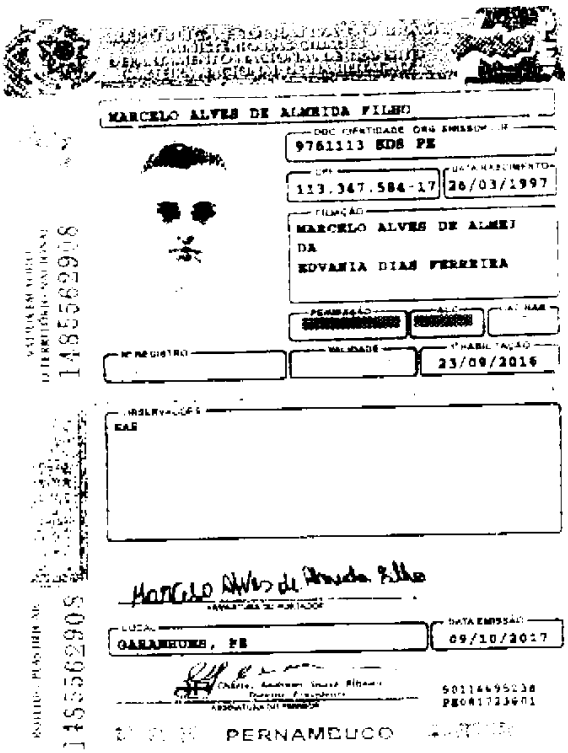
Assinatura:

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]



MARCELO ALVES DE ALMEIDA FILHO

9761113 SDS PE

113.347.584-17 | 26/03/1997

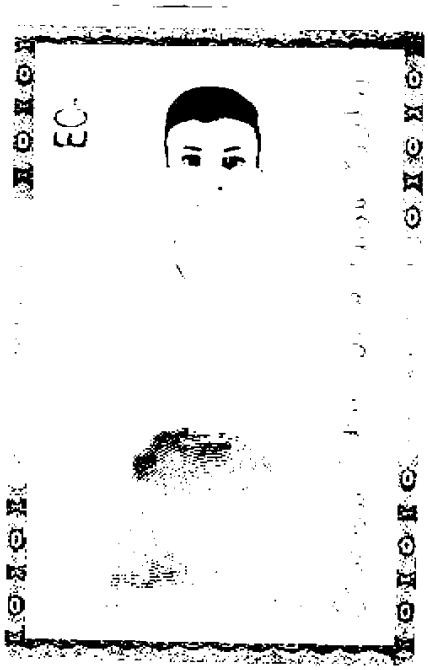
MARCELO ALVES DE ALMEI
DA
EDVANIA DIAS FERREIRA

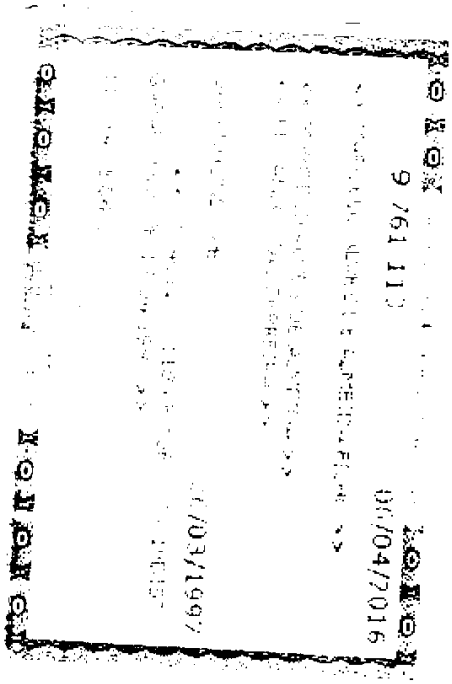
23/09/2016

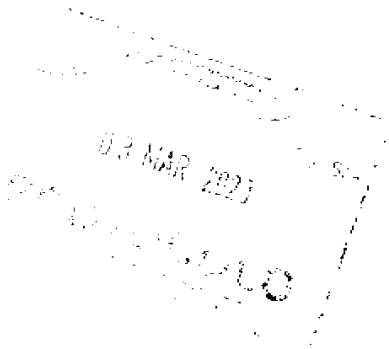
EAS

GARANHUNS, PE | 09/10/2017

PERNAMBUCO







DENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

015101015966

1 1063442637 ********** 2019

MATEUS NARCIZO DE ALMEIDA NUNES

PAREDÃ-PE 0

122.699.514-19

******* PE 9C2CB01D0GR304516

PAS MOTOCICLETA GASOLINA

HONDA/POP 110I 2015 2016

2B110SCL PARTIC PRETA

IPVA 2019 QUITADO 1: ********
P 2: ********
V A 3: ********** 4: ********

80 11 0 00 54 10 07/01/19

BLM BRASILIA

CARTÓRIO Roberto Carlos Moreira Portella
DIRETOR PRES

CONTRAN

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

PAREDÃ-PE 2019 04 07 1

1 12 [illegible] 14 12 [illegible] 4109

1063442637 HONDA/POP 110I

2015 05 9C2CB01D0GR304516

PRÊMIO TARIFÁRIO

36.05	4.91	40.96
4.15	0.32	84.58
X		07.01.19

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 10.240.608/0001-01

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPV
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATÓRIO.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER

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 1° 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

Seguradora LÍDER

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 1° 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**