



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.418, de 25/04/02
NOTA FISCAL DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50050-002
 CNPJ 10.835.932/0001-08 | Fone: 51 301543-80 | www.celpe.com.br

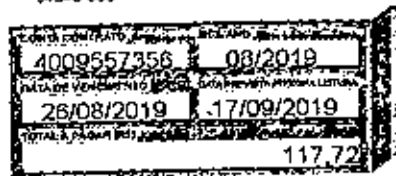
DADOS DO QUENTE
 MARIA APARECIDA DA SILVA
 PRQX A ESTACAO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA ITAUTUA 260

CPF: 039.775.054-74

JARDIM IPIRATRES/PIRATRES
 JARDIM DOS GUARARAPES PE
 54340-060

CLASSIFICAÇÃO
 01 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL



Comprovante de residência



DATA DE EMISSÃO	UNICA	PERÍODO DE EMISSÃO
07/07/2019	UNICA	19/08/2019
DATA DE EMISSÃO	UNICA	PERÍODO DE EMISSÃO
19/08/2019	7001580881	10/7/2019

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (W/h)	128,000000	0,77545172	99,70
Acrescimo Bateria AMARELA			1,07
Acrescimo Bateria VERMELHA			4,72
Contrib. Fun. Pública Municipal			10,51
ICMS Subvenção COF-FIN 005270008 - 17/08/19			0,70
ICMS por imposto NF 005270008 - 17/08/19			1,75
Juros por imposto NF 005270008 - 17/08/19			0,87
Atualização ICMS NF 005270008 - 17/08/19			0,81
TOTAL DA FATURA			117,72

DEMONSTRATIVO DO CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (KWH)
100125	CAI	17/07/2019	13777,01	14/08/2019	12827,00	27	128,01

INFORMAÇÕES DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE PREÇOS		INFORMAÇÕES DE IMPOSTOS	
ANO	VALOR	ICMS	VALOR	ICMS	VALOR
2019	128	102,00	25,00	102,00	25,00
2018	118	102,00	25,00	102,00	25,00
2017	117	102,00	25,00	102,00	25,00
2016	107	102,00	25,00	102,00	25,00
2015	106	102,00	25,00	102,00	25,00
2014	102	102,00	25,00	102,00	25,00
2013	149	102,00	25,00	102,00	25,00
2012	149	102,00	25,00	102,00	25,00
2011	149	102,00	25,00	102,00	25,00
2010	149	102,00	25,00	102,00	25,00
2009	149	102,00	25,00	102,00	25,00
2008	149	102,00	25,00	102,00	25,00
2007	149	102,00	25,00	102,00	25,00
2006	149	102,00	25,00	102,00	25,00
2005	149	102,00	25,00	102,00	25,00
2004	149	102,00	25,00	102,00	25,00
2003	149	102,00	25,00	102,00	25,00
2002	149	102,00	25,00	102,00	25,00
2001	149	102,00	25,00	102,00	25,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
 A tarifa social de energia elétrica é destinada aos consumidores que possuem renda mensal de até 5 salários mínimos e não possuem acesso à rede de distribuição de energia elétrica. A tarifa social é concedida por meio de uma inscrição no sistema de tarifas sociais da CELPE. A inscrição deve ser feita pelo consumidor ou por um representante legal, mediante apresentação de documentos comprobatórios de renda e situação de acesso à rede de distribuição de energia elétrica. A tarifa social é concedida por um período de 12 meses, podendo ser renovada automaticamente. A tarifa social é concedida por um período de 12 meses, podendo ser renovada automaticamente. A tarifa social é concedida por um período de 12 meses, podendo ser renovada automaticamente.

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO					
Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
2507/19	1802/19	104,00			

BRASIL
([HTTP://BRASIL.GOV.BR](http://brasil.gov.br))

Serviços Barra GovBr

 **Brasão da República**

Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Documentos de Identificação



Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 145.991.324-89

Nome: THAIS DA SILVA MARQUES

Data de Nascimento: 19/01/2002

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 13/06/2017

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 19:54:45 do dia 13/06/2019 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 1455.FF79.F272.A2FF

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"
(/Servicos/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublica.asp).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

Nova Consulta (Javascript:NovaConsulta();)

 **Preparar Página para Impressão**

Rio de Janeiro, 28 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190384970

Vítima: THAIS DA SILVA MARQUES

Data do Acidente: 02/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), THAIS DA SILVA MARQUES

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, 28 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190384970

Vítima: THAIS DA SILVA MARQUES

Data do Acidente: 02/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), THAIS DA SILVA MARQUES

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

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Comprovante de residência não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 145.991.324-89 Nome completo da vítima: Thais da Silva Marques

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

Nome completo: Thais da Silva Marques CPF: 145.991.324-89
Profissão: Estudante Endereço: Rua Itai Lulo Número: 260 Complemento: _____
Bairro: _____ Cidade: Salvador dos Gerais, PE Estado: _____ CEP: 54340-060
E-mail: _____ Tel.(DDD): 81 98653-5075

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

RENDA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3015 CONTA: 986511321 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: 08/06/2015
Nome: Marta Aparecida da Silva
CPF: 014.775.054-74
Marta Aparecida da Silva
(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser **representados pelos pais**, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser **assistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu **assistente legal**, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3190384970 3 - CPF da vítima: 14599132489 4 - Nome completo da vítima: THAIS DA SILVA MARQUES

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

5 - Nome completo: THAIS DA SILVA MARQUES 6 - CPF: 14599132489

7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA ITAÍTUBA 9 - Número: 260 10 - Complemento: casa

11 - Bairro: PRAZERES 12 - Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54340-060

15 - E-mail: GIZILANE.DUARTE@HOTMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): 81 98464-7735

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$3.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 3015 CONTA: 9865113215
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteira ☐ Casado (ou civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima: 11/12/2019

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 (ou nascido)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data

Jaboatão 11 de Dezembro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 019ª CIRCUNSCRIÇÃO - PRAZERES - DP19ª CIRC-DIM/6ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0109002344**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **01/04/2019** às **14:08**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **21/12/2018** às **20:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA BARRETO DE MENEZES, 1 - Bairro: PRAZERES - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO MERCADO DE PRAZERES**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
MARIA APARECIDA DA SILVA (NOTICIANTE)
THAIS DA SILVA MARQUES (VÍTIMA)

RECEBIDO

11 JUN 2019

Seguradora Líder DPVAT

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

THAIS DA SILVA MARQUES (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA APARECIDA DA SILVA** Pai: **EDMILSON MARQUES** Data de Nascimento: **19/1/2002** Naturalidade: **PALMARES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10594396/SDS/PE (RG), 14599132489 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **ESTUDANTE**
Endereço Residencial: **RUA ITAITUBA, 260 - CEP: 55000-000 - Bairro: PRAZERES - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

MARIA APARECIDA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA CÍCERA CARNEIRO DA SILVA** Data de Nascimento: **12/2/1977** Naturalidade: **PALMARES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6971124/SDS/PE (RG), 01477505474 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares: **- 986335075**

Endereço Residencial: **RUA ITAITUBA, 260 - CEP: - Bairro: - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCH9543 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Complemento / Observação

INFORMA A NOTICIANTE QUE, SUA FILHA, THAIS DA SILVA MARQUES, MENOR DE 17 ANOS DE IDADE, SOFREU UM ACIDENTE QUANDO VIAJAVAM NA GARUPA DA MOTOCICLETA DE PLACA PCH-9543. QUE FOI SOCORRIDA PARA A UPA DA IMBIRIZÉIRA E DEPOIS TRANSFERIDA AO HOSPITAL DOM HELDER NO CABO DE SANTO AGOSTINHO. MOTIVO PELO QUAL PRESTA O PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

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

Thais Da Silva

THAIS DA SILVA MARQUES

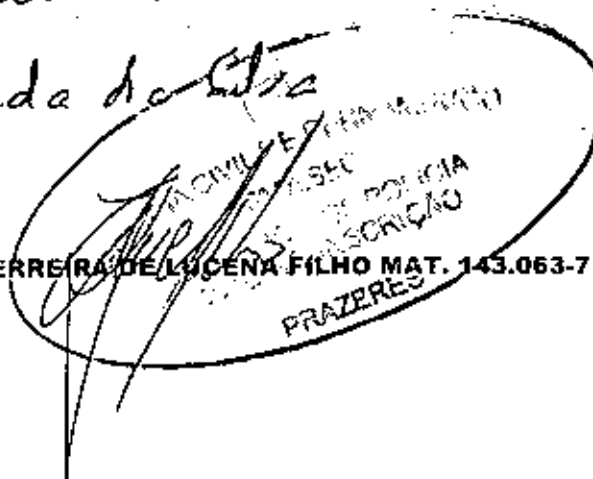
(VITIMA)

Maria Aparecida da Silva

MARIA APARECIDA DA SILVA

(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **EVERALDO FERREIRA DE LUCENA FILHO MAT. 143.063-7 - Matrícula: 143.063-7**





Boletim de ocorrência



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0109008471Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **29/11/2019** às **16:15****ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**, que aconteceu no dia **21/12/2018** às **20:30**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA DA BATALHA, 01** - Bairro: **PRAZERES - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **ARMAZÉM CORAL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
RENATO RICARDO DA SILVA (TESTEMUNHA)
THAIS DA SILVA MARQUES (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

THAIS DA SILVA MARQUES (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA APARECIDA DA SILVA** Pai: **EDMILSON MARQUES** Data de Nascimento: **19/1/2001** Naturalidade: **PALMARES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10594396/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Endereço Residencial: **RUA ITAITUBA, 260, JARDIM PRAZERES - CEP: 55000-000 - Bairro: PRAZERES - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

RENATO RICARDO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RENATO RICARDO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RENATO RICARDO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 TITAN K8** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCH9543 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Complemento / Observação

INFORMA A QUEIXOSA QUE TRAFEGAVA NA GARUPA DA REFERIDO MOTOCICLETA CONDUZIDA PELO O SRº RENATO, QUANDO PASSAVA PELO ENDEREÇO CITADO, FOI SUPREENDIDO POR UM TRANSEUNTE QUE SEM PRESTA ATENÇÃO NO TRANSITO FOI ATRAVESSA A RUA SEM OLHA PARA OS LADOS, QUANDO O CONDUTOR PERCEBEU O TRANSEUNTE NA SUA FRENTE TENTOU DESVIA-LO, PARA NÃO LHE ATINGI, VINDO A CAIR DA MOTOCICLETA QUE A QUEIXOSA VEIO AO SOLO, CAUSANDO VÁRIAS LESSÕES E ESCORIAÇÕES PELO CORPO E TEVE UMA FRATURA NO SEU PÉ ESQUERDO QUE A MESMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA UPA DA IMBIRIBEIRA, ONDE TEVE OS PRIMEIROS ATENDIMENTO E EM TRANFERIDA PARA O HOSPITAL DOM HELDER, ONDE FOI SUBMETIDA A UMA CIRUGIA NO PÉ, FICANDO INTERNADA POR APROXIMADAMENTE CINCO DIAS, CASO AFETO A 19ºCIRC.

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

Thais da Silva Marques
THAIS DA SILVA MARQUES
 (VITIMA)

B.O. registrado por: **ALDECLIN SANTOS DA SILVA**



Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190384970

Vítima: THAIS DA SILVA MARQUES

Data do Acidente: 02/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), THAIS DA SILVA MARQUES

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 10/04/2019, emitido pelo Dr. CÍCERO HELENO ALBUQUERQUE FEITOSA CRM nº 11253 - PE, da Instituição INSTITUTO MÉDICO LEGAL DE PERNAMBUCO, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0011058/20

Vítima: THAIS DA SILVA MARQUES

CPF: 145.991.324-89

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 02/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: THAIS DA SILVA MARQUES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

THAIS DA SILVA MARQUES : 145.991.324-89

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/01/2020
Nome: THAIS DA SILVA MARQUES
CPF: 145.991.324-89

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/01/2020
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

THAIS DA SILVA MARQUES

Steffany Carolyn Lins Veloso

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: _____ 4 - Nome completo da vítima: **THAIS DA SILVA MARQUES**

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

5 - Nome completo: **THAIS DA SILVA MARQUES** 6 - CPF: **14599132489**
7 - Profissão: **ESTUDANTE** 8 - Endereço: **RUA IAI TUBA** 9 - Número: **260** 10 - Complemento: **CASA**
11 - Bairro: **PRAZERES** 12 - Cidade: **JABOATÃO** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **54340-060**
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): **98464-7735**

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **3015** CONTA: **9865113215**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro(s) (a) (s)? ☐ 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data: **Atenas da Silva Marques**
Rua 08 de Janeiro de 2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOR DO CLIENTE:
MARIA APARECIDA DA SILVA
PRAÇA APOSTÓLICA

234 D. H. FTS VALIA

CLASSIFICAÇÃO
BI-RESENCIONAL
DEFINICION

ENTREGA DA UNIDADE CONSUMIDORA
E A UTILIDADE DO

JARDIM PAULISTA Nº 423
JARDIM DO LAR - JARDIM PAULISTA Nº
5434-060

WFOUW018PAC0	WFOU	20180301
074020540	000000	10/01/2018
WFOUW018PAC0	WFOU	20180301
147062010	000150000	08/22/2018

4009557358	08/2019
28/08/2019	17/09/2019
117.72	

HENRIQUE DE ROYAL PISCAL

	IDENTIFICADOR	PREÇO UN	VALOR (R\$)
Companhia AbitibiVita	778-0000000	0,77861172	67,30
Associação Brasileira MANEJA			6,07
Associação Brasileira VETEMELIA			6,22
Condição Item: Preço à Municipal			70,61
USMS Subseq. do CDE NF 086770006 - 1708118			3,70
Multa por atraso NF 086770000 - 1708016			1,78
Juros por atraso NF 086770008 - 1708015			0,87
Aluguel de CPM NF 086770000 - 1708018			0,81

TOTAL CHARGE

1977-78

DEMONSTRATIVO DE CONTAS DO EXERCÍCIO 2004

Nº DO PROCESSO	TIPO DA Prestação	ANTERIOR		ATUAL		Nº DO DIÁRIO	CONSTATAS	AVALIAÇÃO	CONCLUSÃO FINAL
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000000	1.ª	01.01.2019	1.ª	01.01.2019	1.ª	000000			000000

2010-2011

REVENUE BY MONTH

Month	Revenue
2010-01	130
2010-02	110
2010-03	111
2010-04	127
2010-05	130
2010-06	101
2010-07	140
2010-08	110
2010-09	122
2010-10	130
2010-11	110
2010-12	110
2010-13	110
2010-14	110
2010-15	110
2010-16	110
2010-17	110
2010-18	110
2010-19	110
2010-20	110
2010-21	110
2010-22	110
2010-23	110
2010-24	110
2010-25	110
2010-26	110
2010-27	110
2010-28	110
2010-29	110
2010-30	110

INCOME STATEMENT

Item	Value	%	Value
SALES	100.00	100.00	100.00
EXPENSES	100.00	100.00	100.00
PROFIT	100.00	100.00	100.00
LOSS	100.00	100.00	100.00
NET INCOME	100.00	100.00	100.00

BALANCE SHEET

Item	Value	%	Value
ASSETS	100.00	100.00	100.00
LIABILITIES	100.00	100.00	100.00
EQUITY	100.00	100.00	100.00
NET ASSETS	100.00	100.00	100.00
NET LIABILITIES	100.00	100.00	100.00
NET EQUITY	100.00	100.00	100.00

CASH FLOW STATEMENT

Item	Value	%	Value
CASH	100.00	100.00	100.00
INVESTMENT	100.00	100.00	100.00
FINANCING	100.00	100.00	100.00
NET CASH	100.00	100.00	100.00
NET INVESTMENT	100.00	100.00	100.00
NET FINANCING	100.00	100.00	100.00

1997年12月 第11卷 第12期 中国环境科学 1997年12月

1979年10月1日，中国开始实行《中华人民共和国宪法》。这是中国历史上第一部社会主义类型的宪法，也是新中国成立以来第一部真正体现人民意志的宪法。它的颁布和实施，标志着中国社会主义民主政治建设的重大进展，为国家的长治久安和社会主义现代化建设提供了坚实的法治基础。

ATENÇÃO: A CÉLULA INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Variable	Measurement	Unit	Source	Frequency
----------	-------------	------	--------	-----------

© 2004 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 255: 105–112

Abstract. The authors discuss the importance of the role of the teacher in the classroom and the role of the student in the classroom. The authors also discuss the importance of the role of the teacher in the classroom and the role of the student in the classroom.

UPA24H - UPA IMBIRIBEIRA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 02-12-2018 20:58

Nome Paciente: THAIS DA SILVA MARQUES
Cód. Paciente: 282289
Data de Nascimento: 19/01/2002
Sexo: Feminino
Idade: 17
Senha: A0213
Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento: 1165366
SAME:



Período: 02-12-2018 21:10 - 02-12-2018 21:12

Prioridade: LARANJA - MUITO URGENTE

Cor: LARANJA

Alergia(s): - DAPIRONA -

Queixa Principal: DOR+EDEMA+DEFORMAÇÃO EM TORNOZELO E APÓS QUEDA DE MOTO

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - DOR INTENSA?

Especialidade: ORTOFEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 8

- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 18.00 IRPM

Alergias Atuais do Paciente

Substância Observação

- NEGA ALERGIAS

- DAPIRONA

Dr. Marcello Silveira

Acolhido(a) por: GEISE MARLE DE CASTRO SILVA - COREN: 383282 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 04-12-2019 10:05

Queixa Principal / História

paciente com relato de entorse de tornozelo direito hoje. evolui com dor e edema.

Antecedentes

DM: ☐ SIM ☒ NÃO

HAS: ☐ SIM ☒ NÃO

Alergia: ☐ SIM ☒ NÃO

Medicamentos: ☐ SIM ☒ NÃO

Exame Físico

EG Bom	Consciente	Orientado e Conversando	Hidratado
Nutrido	Corado	Acianótico	Anictérico
Eupneico	Afebril	Sem Edemas	

ACV.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AR.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AD.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

SN.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADO

SGU.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

ORL: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

Pele: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AP. Locomotor: ☐ EDEMA ☐ DCR A MOVIMENTAÇÃO ☐ EQUIMOSE ☐ HEMATOMA ☐ DEFORMIDADE ÓSSEA
OUTROS:

Aferições: PAS PAD FR FC P (KG) T ALT. (cm) SAT O₂

18

IPAS
Instituto Pernambuco de Assistência à Saúde
Dr. Marcello Silva
CRM: 10.438 / 19-06-2018

Prescrição.: 1630862 Data: 02/12/2018 21:19
Usuário.: JORGEFAS
Atendimento: 1165366 Dt Nasc: 15/11/2002 (17a 2m 13d)
Convênio.: SUS - AMBULATORIO
Paciente.: 282289 - THAIS DA SILVA MARQUES
Peso.: Altura: Sup. Corporal:
Internação.: 02/12/2018 21:15 0 Dias(s) int.
Médico.: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA - CRM 24967
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: OFTALMOLOGIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.: S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO Cdo.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco: M.URG

2ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: MUITO URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS, DAPIRONA

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

EXAMES IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apf	Frequência	Datas/Horários
1 RX PERNA DIREITA A.P. / PERFIL ; Exame: 300702	1					02/12/21:19

JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA
CRM 24967
Médico
Dr. Marcello Silveira

Prescrição.: 1630863 Data: 02/12/2018 21:23
Usuário.: JORGEFAS
Atendimento: 1165366 Dt Nasc: 19/01/2002 (17a 2m 13d)
Convênio.: SUS - AMBULATORIO
Paciente.: 282289 - THAIS DA SILVA MARQUES
Peso.: Altura: Sup. Corporal:
Internação.: 02/12/2018 21:15 0 Dias(s) Int
Médico.: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA - CRM 24967
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: OPTOMETRIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.: S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO Cid.: /
Diagnóstico:
Protocolo:
Classificação de Risco: M.UFG

2ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: MUITO URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS, DIIPIHONA

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2 TALA GESSADA TIPO BOTA G	1					02/12/21 23
-> ATADURA GESSADA 20CM X4,0M BRANCA	3	UN				
-> ATADURA CREPE 15CM X 4,5M 11FIOS	7	UN				

UPA IMBIRIBEIRA
PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE
Relatório de Prescrição / Evolução
Dr. Marcello JCS
CRM 24967

Prescrição: 1630864 Data: 02/12/2018 21:24

Usuário: JORGEFAS

Atendimento: 1165366 Dt Nasc: 19/01/2002 (17a 2m 13d)

Convênio: SUS - AMBULATORIO

Paciente: 282289 - THAIS DA SILVA MARQUES

Peso: Altura: Sup. Corpórea:

Internação: 02/12/2018 21:15 0 Dias(s) int

Médico: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA - CRM 24967

FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unid. Int.: Leito: Cobertura:

Cid: S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO Cid: /

Diagnóstico:

Protocolo:

Classificação de Risco: MURG

2ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: MUITO URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS, DIPHONA

PRESCRICAO MEDICA

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 TRAMADOL CLORIDRATO SOLINJ 100MG/2ML	1	AMP		IV	Agora	02/12/21:24
-> ESCALPE N. 21	1	UN				
-> CLORETO DE SODIO SOLINJ 0,9%-100ML	1	FA C/100ML				
(FRESENIUS/BAKTER/BBR JM						
-> EQUIPO MACROGOTAS C/	1	UN				
INJETOR LATERAL						
-> SERINGA DESCARTAVEL 3CC	1	UN				
S/ AGULHA						
-> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				

CPJ2AS

Dr. Marcelo JCS
Médico(a) Responsável

Dr. Marcelo JCS

Prescrição.: 1630866 Data: 02/12/2018 21:24
Usuário.: JORGEFAS
Atendimento: 1165366 Dt Nasc: 15/11/2002 (17a 2m 13d)
Convênio.: SUS - AMBULATORIO
Paciente.: 262269 - THAIS DA SILVA MARQUES
Peso.: Altura: Sup. Corporeas:
Internação.: 02/12/2018 21:15 0 Dias(s) Int
Médico.: JORGE FERRAZ ARAUJO L.A SILVA - CRM 24967
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.: S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO Cíclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo:
Classificação de Risco: M.URG

2ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: MUITO URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS, DIPIHONA

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

PROCEDIMENTOS MEDICOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
3 TRANSFERENCIA	1					02/12/21:24
4 OBSERVAR, COMUNICAR E ANOTAR ALTERACOES Obs.: nível de consciência padrão respiratório diurese urinária sinais vitais	1					02/12/21:24

UPA IMBIRIBEIRA
PRONTO-SOLUÇÃO
MARCELLO JCS
Médico Responsável



TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Nome do Paciente: THAIS DA SILVA MARQUES

Data de Nascimento: 19/01/2002 Data Atendimento: 02/12/2018

Prontuário: 0000282285 Cód. Atendimento: 01165366

Nome do Hospital: hospital dom iteldir

Senha: 5509279

Transporte: ☐ Ambulância Básica ☐ Ambulância Avançada ☐ Próprio

☐ Acompanhamento Médico

Observação: paciente com relato de entorse de tornozelo esquerdo hoje, evolui com dor e edema.
raio x: fratura de tornozelo esquerdo

Recife, 02 de Dezembro de 2018

Médico: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA
CRM: 24967

RECIFE
U.P. IMBIRIBEIRA
RA. WILSON SILVA, 400 - ADE DE ALGODÃO DO ANIL - JARDIM
MARCO ELETRÔNICO

Dr. Marcello Silva

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 02/12/2018 22:43:43

IDENTIFICAÇÃO

NOME: THAIS DA SILVA MARQUES

RG: 10594396

PESO:

IDADE: 17 Anos

SEXO: FEMININO

ALTURA:

Data de Nascimento: 19/01/2002

PRESTADOR ASSISTENTE: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA

DATA DE ATENDIMENTO: 02/12/2018 21:15:46

ATENDIMENTO: 1165366

TEMPO DE PERMANÊNCIA: -1 Hora(s)

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO

DIAGNÓSTICO DE ALTA: S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA POR TRANSFERÊNCIA

PROCEDIMENTO DE ALTA:

UPA24H - UPA IMBIRIBEIRA
MARCELLO SILVEIRA
Dr. Marcello Silveira

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Endereço: 480199
Data e Hora: 25/01/2019 01:05

Senha da Classificação:

0002

Paciente: 111487 THAIS DA SILVA MARQUES

Sexo: FEMININO

Data do Nascimento: 19/01/2002 Idade: 17 anos

Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: MARIA APARECIDA DA SILVA

Nome do Pai: EDMILSON MARQUES

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: JACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17728

Endereço: RUA ITAITUBA

260

Bairro: PRAZERES

Cidade/UF: JABOATAO DOS GUARARAPE PE

Usuário Atendimento: JOSEASF

RG (Identidade): 10594396

SDS PE

Data de Emissão: 13/05/2017

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 87396056

Cartão SUS: 700008419595408

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Retorno do sangramento após
picada do dente em região do maxilar (E)

Exame Físico

1) ECGI DAS/1do logar

2) Neurocard. (E)

3) Glor. 15

Hipótese Diagnóstica

Embora em sangramento (E)

Conduta Terapêutica

Medicam.

Prescrição Médica

1) Dexamet. 1mg (E) (MEIA Ampola/12h)

2) TNA. 200 OK

3) [Assinatura]
 [Assinatura]
 [Assinatura]

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE: _____
LEITO DO PACIENTE: _____

ATENDIDO

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 25/01/2019 00:58

Nome Paciente: THAIS DA SILVA MARQUES
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 19/01/2002
Sexo: Feminino
Idade: 17
Senha: 0002
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 25/01/2019 01:02 - 25/01/2019 01:03

ANGELICA CAVALCANTI CARVALHO DA SILVA - COREN: 11190 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

NÃO URGENTE - VERDE

Cor: VERDE

Queixa Principal:

PACTE REALIZOU CIRURGIA ORTOPEDICA EM TORNOZELO ESQUERDO HÁ 1 M-ES.
REFERE DOR E DIFICULDADE DE MOBILIDADE LOCAL. NEGA ALERGIA
MEDICAMENTOSA.
FC - 106
SATO2 - 99%

Observação:

NEGA HAS E DM
DEMANDA ESPONTANEA.

Fluxograma sintoma:

REVISÃO ORTOPEDIA

Discriminador(es):

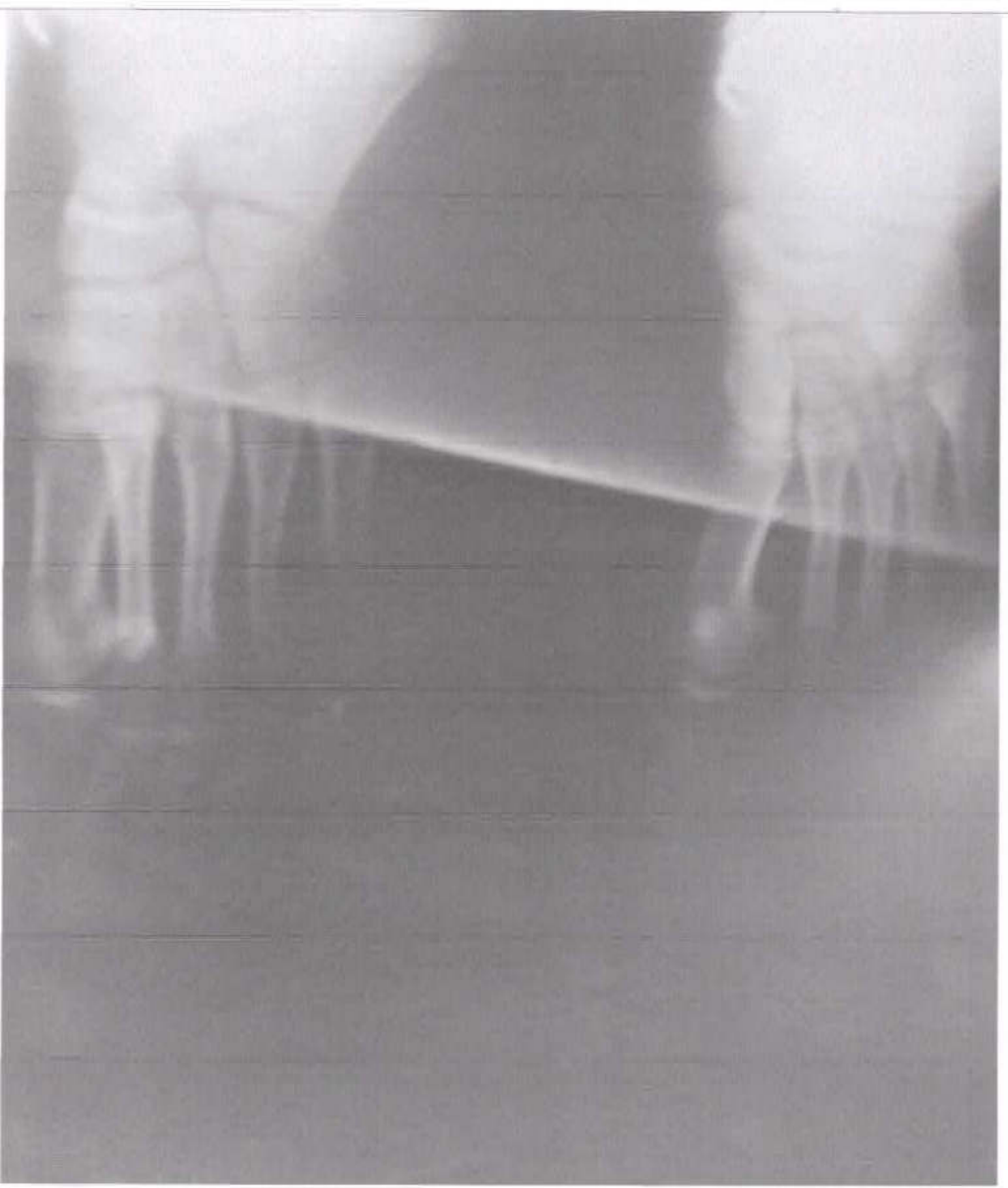
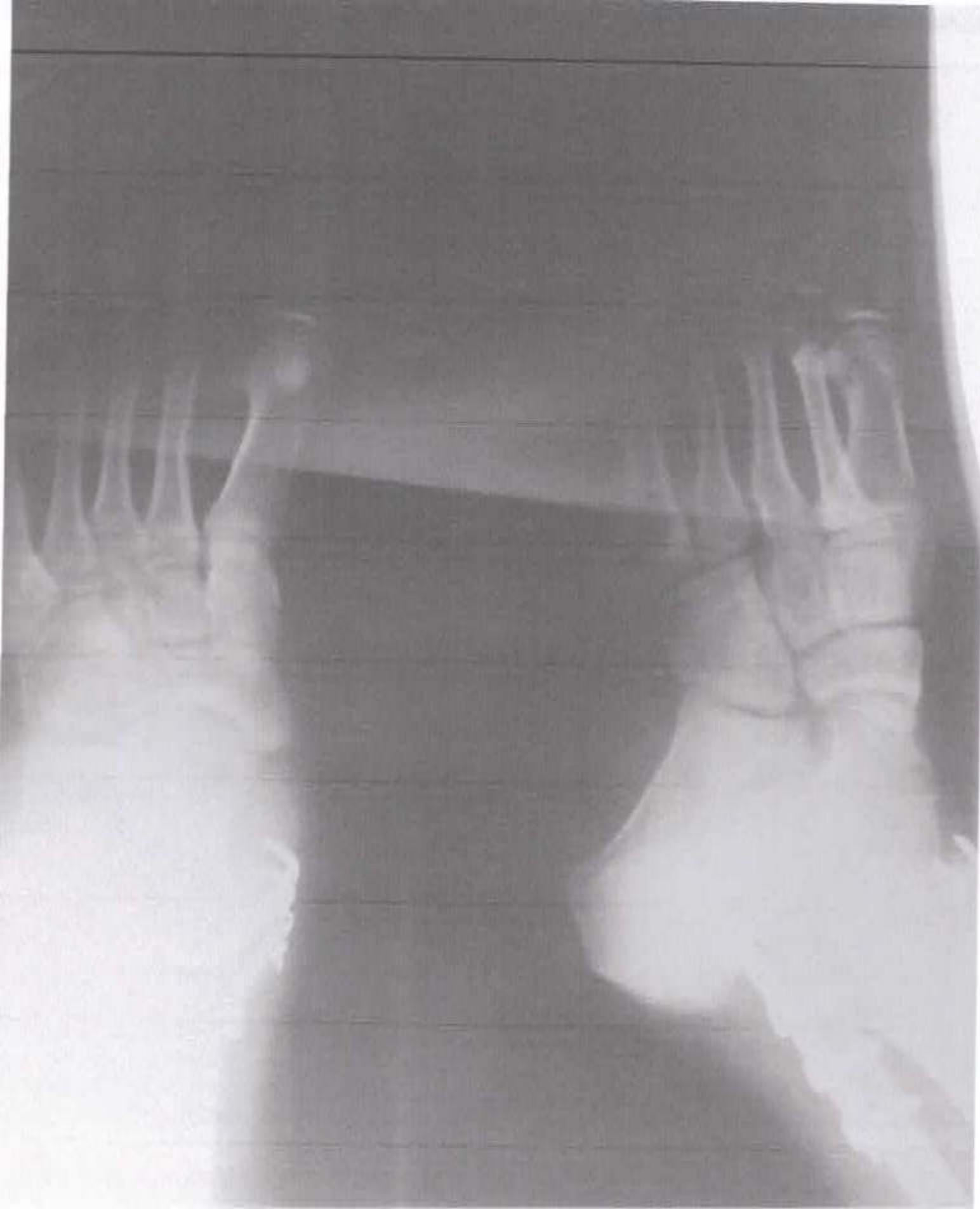
- REVISÃO DE ORTOPEDIA

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: ANGELICA CAVALCANTI CARVALHO DA SILVA - COREN: 11190 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 25/01/2019 01:03



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBURGO
SECRETARIA DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO

10

ECO

THAIS DA SILVA MARQUES

CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 10.594.396 DATA DE EMISSÃO 13/05/2017

NOME << THAIS DA SILVA MARQUES >>

PRENOME << EDMILSON MARQUES >>
<< MARIA APARECIDA DA SILVA >>

NATURALIDADE PALMARES - PE DATA DE NASCIMENTO 19/01/2002

DOC. ORIGEM << CN 66900 LA56 F.32V CRT
PALMARES-PE 02.05.2002 >>

ASSINADO DO DETETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/09/85

1517587641605171311 / 454267



Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
145.991.324-89

Nome
THAIS DA SILVA MARQUES

Nascimento
19/01/2002

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: _____ 4 - Nome completo da vítima: **THAIS DA SILVA MARQUES**

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

5 - Nome completo: **THAIS DA SILVA MARQUES** 6 - CPF: **14599132489**
7 - Profissão: **ESTUDANTE** 8 - Endereço: **RUA IAI TUBA** 9 - Número: **260** 10 - Complemento: **CASA**
11 - Bairro: **PRAZERES** 12 - Cidade: **JABOATÃO** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **54340-060**
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): **98464-7735**

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **3015** CONTA: **9865113215**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro(s) (a) (s)? ☐ 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data: **Atenas da Silva Marques**
Rua 08 de Janeiro de 2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0109008471**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **29/11/2019** às **16:15**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **2/12/2018** às **20:30**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA DA BATALHA, 01** - Bairro: **PRAZERES - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **ARMAZÉM CORAL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
RENATO RICARDO DA SILVA (TESTEMUNHA)
THAIS DA SILVA MARQUES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

THAIS DA SILVA MARQUES (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA APARECIDA DA SILVA** Pai: **EDMILSON MARQUES** Data de Nascimento: **19/1/2001** Naturalidade: **PALMARES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10594396/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO**
Endereço Residencial: **RUA ITAITUBA, 260, JARDIM PRAZERES - CEP: 55000-000 - Bairro: PRAZERES - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

RENATO RICARDO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RENATO RICARDO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RENATO RICARDO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 TITAN KS** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCH9543 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Complemento / Observação

INFORMA A QUEIXOSA QUE TRAFEGAVA NA GARUPA DA REFERIDO MOTOCICLETA CONDUZIDA PELO O SR^o RENATO, QUANDO PASSAVA PELO ENDEREÇO CITADO, FOI SUPREENDIDO POR UM TRANSEUNTE QUE SEM PRESTA ATENÇÃO NO TRANSITO FOI ATRAVESSA A RUA SEM OLHA PARA OS LADOS, QUANDO O CONDUTOR PERCEBEU O TRANSEUNTE NA SUA FRENTE TENTOU DESVIA-LO, PARA NÃO LHE ATINGI, VINDO A CAIR DA MOTOCICLETA QUE A QUEIXOSA VEIO AO SOLO, CAUSANDO VÁRIAS LESSÕES E ESCORIAÇÕES PELO CORPO E TEVE UMA FRATURA NO SEU PÉ ESQUERDO QUE A MESMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA UPA DA IMBIRIBEIRA, ONDE TEVE OS PRIMEIROS ATENDIMENTO E EM TRANFERIDA PARA O HOSPITAL DOM HELDER, ONDE FOI SUBMETIDA A UMA CIRURGIA NO PÉ, FICANDO INTERNADA POR APROXIMADAMENTE CINCO DIAS, CASO AFETO A 19^oCIRC.

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

Thais da Silva Marques

**THAIS DA SILVA MARQUES
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **ALDECLIN SANTOS DA SILVA** - Matrícula: **1529480**



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0205818/19

Vítima: THAIS DA SILVA MARQUES

CPF: 145.991.324-89

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 02/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: THAIS DA SILVA
MARQUES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

THAIS DA SILVA MARQUES : 145.991.324-89

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/06/2019
Nome: THAIS DA SILVA MARQUES
CPF: 145.991.324-89

THAIS DA SILVA MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/06/2019
Nome: Cristina Limeira Alves
CPF: 041.380.364-31

Cristina Limeira Alves

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0205818/19

Número do Sinistro: 3190384970

Vítima: THAIS DA SILVA MARQUES

CPF: 145.991.324-89

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 02/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: THAIS DA SILVA MARQUES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

THAIS DA SILVA MARQUES : 145.991.324-89

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/12/2019
Nome: THAIS DA SILVA MARQUES
CPF: 145.991.324-89

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/12/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

THAIS DA SILVA MARQUES

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190384970 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: THAIS DA SILVA MARQUES **Data do acidente:** 02/12/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: LAUDO DO INSTITUTO MÉDICO LEGAL DE PERNAMBUCO, NÚMERO:15776/2019, DATA:10/04/2019, DR. CÍCERO HELENO ALBUQUERQUE FEITOSA CRM:PE11253

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190384970 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: THAIS DA SILVA MARQUES **Data do acidente:** 02/12/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: LAUDO DO INSTITUTO MÉDICO LEGAL DE PERNAMBUCO, NÚMERO:15776/2019, DATA:10/04/2019, DR. CÍCERO HELENO ALBUQUERQUE FEITOSA CRM:PE11253

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA



INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 15776 / 2019

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 019A. CIRCUNSCRIÇÃO - PRAZERES
Ofício nº. 045v 2019 Data 10 / 4 / 2019
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 019A. CIRCUNSCRIÇÃO - PRAZERES

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 09:49 do dia 10 de Abril de 2019, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de **THAÍS DA SILVA MARQUES** filho (a) de **EDMILSON MARQUES** e de **MÁRIA APARECIDA DA SILVA**, de cor Parda, sexo Feminino, cabelo Ondulado, estado civil Solteiro (a), aparentando a idade de 17 Anos, peso Normal, de estatura Média, natural de PALMARES - PE, nacionalidade BRASIL, documento apresentado RG: 10594396, profissão ESTUDANTE, endereço RUA ITAITUBA, nº 260, complemento: NÃO INFORMADO, bairro PRAZERES, telefone/s NÃO INFORMADO, JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE, sinais particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Informa que sofreu queda de moto em Dezembro 2018. Diz que transitava na garupa da motocicleta. Informa atendimento médico inicial na UPA 24h-Imbiribeira e seguiu encaminhada para o Hospital Dom Helder-IMIP, local onde submeteu-se a tratamento cirúrgico ortopédico.

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Pericianda em pós operatório tardio de fratura bimaléolar do tornozelo esquerdo, com excelente resultado funcional. Padrão de marcha normal sem claudicações. Sem atrofia muscular. Sem rigidez articular do tornozelo esquerdo.

QUESITOS:

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?

Sim

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?

Instrumento contundente.

3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)

Sim. Incapacidade para as ocupações habituais por mais de (30) trinta dias.

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)

Não.

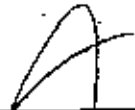


GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA



INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr^o. CÍCERO HELENO ALBUQUERQUE FEITOSA
- CRM 11253.



Perito responsável

Maria Aparecida da Silva

480/14
27.05.2017



Coordenadora de Defesa Social
Diretoria de Polícia Científica
M. 233488



POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DGOPJ - GPRM - 6ª DESEC

1ª Equipe de Plantão da Delegacia de Polícia da 19ª Circunscrição - Prazeres

Av. Estrada da Batalha, s/nº - Prazeres - Jaboatão dos Guararapes/PE
Fone: (81) 3183-5496

15776/19

OFÍCIO 1ª EP / DP 19ª CIRC / PCPE nº045/2019

Assunto: PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA (Requisita)

REF. BO. 19E0109002344

Jaboatão, 01 de abril de 2019

Senhor Gerente,

Pelo presente solicito providências de V.Sª., no sentido de submeter a uma **PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA**

a pessoa abaixo qualificada

THAIS DA SILVA MARQUES

Sexo: Feminino

Mãe: Maria Aparecida da Silva e Edmilson Marques

Data de Nascimento: 19/01/2002

Naturalidade: Palmares/ PE

Documentos: 10594396/SDS/PE (RG)

Estado Civil: SOLTEIRA

Estudante

Residencial: Rua Itaituba, 260 -Prazeres - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PE.

Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Defesa Social
Polícia Civil de Pernambuco
Instituto de Medicina Legal
Traumatologia

1º ABR. 2019

Ricardo Miranda de Araújo
Assistente de Gestão Policial
Mat. 263.180-8

Informa a noticiante que sua filha sofreu um acidente de trânsito, quando encontrava-se na garupa de uma motocicleta. O resultado do referido Exame deverá ser remetido à Delegacia da 19ª circ. Prazeres.

Na oportunidade, renovo protestos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,

PETRUCIO DE PAULA JUCA

Delegado de Polícia

Ilustríssimo Senhor Diretor do Instituto de Medicina Legal
Secretaria de Defesa Social

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

Outros



ASL-0205818/19

Vítima: THAIS DA SILVA MARQUES

CPF: 145.991.324-89

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 02/12/2018

Titular do CPF: THAIS DA SILVA
MARQUES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

THAIS DA SILVA MARQUES : 145.991.324-89

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/06/2019
Nome: THAIS DA SILVA MARQUES
CPF: 145.991.324-89

THAIS DA SILVA MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/06/2019
Nome: Cristina Limeira Alves
CPF: 041.380.364-31

Cristina Limeira Alves

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

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

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Thaís de Silva Marques
Data do Acidente: 12/12/2018 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 145.991.324-89

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado – Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário – (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): Thaís de Silva Marques
Quem é o portador? ☐ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 145.991.324-89
E-mail: enorethaiss66@gmail.com Tel.: (011) 98633-5075
Data: 05/06/2019 Assinatura: Thaís de Silva Marques

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto):
Atendente: [Assinatura] Matrícula: 8503113-5
Data: 06/06/19 Assinatura: [Assinatura]

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0205818/19

Número do Sinistro: 3190384970

Vítima: THAIS DA SILVA MARQUES

CPF: 145.991.324-89

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/12/2018

Titular do CPF: THAIS DA SILVA
MARQUES

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros



THAIS DA SILVA MARQUES : 145.991.324-89

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/12/2019
Nome: THAIS DA SILVA MARQUES
CPF: 145.991.324-89

THAIS DA SILVA MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/12/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES

209

CARIMBO
10 DEZ 2019
RECIBO

	PESO (kg) 100	
SEDEX		
SB 01124528 7 BR		
		

Os Consórcios do Seguro Privado		TELEFONE/Phone number
74, 15º andar		
CIDADE/City	UF/State	PAÍS/Country
Centro - Rio de Janeiro	RJ	Brasil



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CÂMARA

HOSPITALAR

Atendimento: 470617

Senha da Classificação:

0001

Data e Hora: 03/12/2018 00:23

Paciente: 111487 THAIS DA SILVA MARQUES

Sexo: FEMININO

Data do Nascimento: 19/01/2002 Idade: 16 anos

Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: MARIA APARECIDA DA SILVA

Nome do Pai: EDMILSON MARQUES

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: IACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17705

Endereço: RUA ITAITUBA

260

Bairro: PRAZERES

Cidade/UF: JABOATÃO DOS GUARARAPES PE

Usuário Atendimento: MICHELLINESM

RG (Identidade): 10594396

SDS PE

Data de Emissão: 13/05/2017

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 87396656

Cartão SUS:

Data de Emissão CRN:

Alergia DIPIRONA

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

Paciente refere dor de cabeça
referida em tornozelo esquerdo

Exame Físico

DEG XOTO 444
Depressão de em TNC 229
perda de peso
semelhante

Hipótese Diagnóstica

Crise de pânico 207

Conduta Terapêutica

Internato

Prescrição Médica

1

Carimbo Médico

Dr. Iacieli Soares de Oliveira
CRM: 17705
R. 10594396
R. 10594396

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:

Queixa Principal / História

paciente com relato de entorse de tornozelo direito hoje, evolui com dor e edema.

Antecedentes

DM: ☐ SIM ☒ NÃO

HAS: ☐ SIM ☒ NÃO

Alergia: ☐ SIM ☒ NÃO

Medicamentos: ☐ SIM ☒ NÃO

Exame Físico

EG Bom	Consciente	Orientado e Conversando	Hidratado
Nutrido	Corado	Aclanótico	Anictérico
Eupnéico	Afebril	Sem Edemas	

ACV.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AR.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AD.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

SN.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADO

SGU.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

ORL: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

Pele: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AP. Locomotor: ☐ EDEMA ☐ DOR A MOVIMENTAÇÃO ☐ EQUIMOSE ☐ HEMATOMA ☐ DEFORMIDADE ÓSSEA
OUTROS:

Aferições:	PAS	PAD	FR	FC	P (KG)	T	Alt. (cm)	SAT O ₂
			18					

IPAS
IMBIRIBEIRA
RA - PRONTO ATENDIMENTO
Nº UNIDADE: 01165366

Thais da Silva Marques
Paciente

Prescrição.: 1630862 Data: 02/12/2018 21:19

Usuário.: JORGEFAS

Atendimento: 1165366 Dt Nasc: 19/01/2002 (17a 2m 13d)

Convênio.: SUS - AMBULATORIO

Paciente.: 282289 - THAIS DA SILVA MARQUES

Peso.: Altura: Sup. Corporea:

Internação.: 02/12/2018 21:15 0 Dias(s) int

Médico.: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA - CRM 24967

FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unid. Int.: Leito.: Cobertura:

Cid.: S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNÓZELO Cido.: /

Diagnóstico:

Protocolo.:

Classificação de Risco: M.URG

2ª VIA

Rubrica do Responsável

Classificação de Risco: MUITO URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS, DIPIRONA

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

EXAMES IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 RX PERNA DIREITA A.P. / PERFIL : Exame: 300702	1					02/12/2018 21:19

COMPAS
UPA IMBIRIBEIRA
PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE
MARCADO
Dr. Marcello Silva
CRM 24967

Prescrição.: 1630863 Data: 02/12/2018 21:23
Usuário.: JORGEFAS
Atendimento: 1165366 Dt Nasc: 19/01/2002 (17a 2m 13d)
Convênio.: SUS - AMBULATORIO
Paciente.: 282289 - THAIS DA SILVA MARQUES
Peso.: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 02/12/2018 21:15 0 Dias(s) Int
Médico.: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA - CRM 24967
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.: S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco: M.URG

2ª VIA

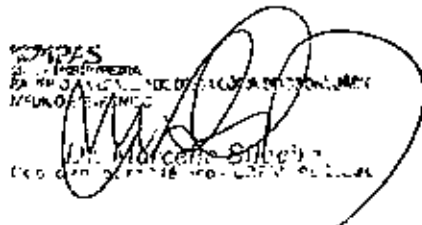
Rúbrica do Responsável

Classificação de Risco: MUITO URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS, DIPIRONA

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

PROCEDIMENTOS MEDICOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2 TALA GESSADA TIPO BOTA G	1					[02/12] 21:23
-> ATADURA GESSADA 20CM X 4,0M BRANCA	3	UN				
-> ATADURA CREPE 15CM X 4,5M 11FIOS	7	UN				


J. M. Marcello JCS
CRM 24967
Especialista em Ortopedia e Traumatologia

Prescrição.: 1630864 Data: 02/12/2018 21:24

Usuário.: JORGEFAS

Atendimento.: 1165366 Dt Nasc: 19/01/2002 (17a 2m 13d)

Convênio.: SUS - AMBULATORIO

Paciente.: 282289 - THAIS DA SILVA MARQUES

Peso.: Altura: Sup. Corporea:

Internação.: 02/12/2018 21:15 0 Dias(s) Int

Médico.: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA - CRM 24967

FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unid. Int.: Leito.: Cobertura:

Cid.: S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO Cido.: /

Diagnóstico:

Protocolo:

Classificação de Risco: M.URG

2ª VIA

Rubrica do Responsável

Classificação de Risco: MUITO URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS, DAPIRONA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS	Cid	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data/Horários
1 TRAMADOL CLORIDRATO SOL.INJ. 100MG/2ML	1	AMP		IV	Agora	[02/12] 21:24
-> ESCALPE N. 21	1	UN				
-> CLORETO DE SODIO SOL.INJ. 0,9%-100ML (FRESENIUS/BAXTER/BBRUM)	1	FA C/100ML				
-> EQUIPO MACROGOTAS C/ INJETOR LATERAL	1	UN				
-> SERINGA DESCARTAVEL 3CC S/ AGULHA	1	UN				
-> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				

UPA IMBIRIBEIRA
PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE
RELATÓRIO DE PRESCRIÇÃO / EVOLUÇÃO
MARCOS VINÍCIUS ARAUJO DA SILVA
CRM 24967
MÉDICO

Prescrição.: 1630856 Data: 02/12/2018 21:24

Usuário.: JORGEFAS

Atendimento: 1165366 Dt Nasc: 19/01/2002 (17a 2m 13d)

Convênio.: SUS - AMBULATORIO

Paciente.: 282289 - THAIS DA SILVA MARQUES

Peso.: Altura: Sup. Corporea:

Internação.: 02/12/2018 21:15 0 Dias(s) Int

Médico.: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA - CRM 24967

FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unid. Int.: Leito.: Cobertura:

Old.: S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO Ciclo.: /

Diagnóstico:

Protocolo.:

Classificação de Risco: M.URG

2ª VIA

Rubrica do Responsável

Classificação de Risco: MUITO URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS, DIPIRONA

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
3 TRANSFERENCIA	1					[02/12] 21:24

OBSERVAR, COMUNICAR E ANOTAR ALTERACOES

Obs.: nível de consciência
padrão respiratório
débito urinário
sinais vitais

[02/12] 21:24

UPA IMBIRIBEIRA
PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE
MÉDICO RESPONSÁVEL
Dr. Marcello JCS
C.R.M. 24967

TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Nome do Paciente: THAIS DA SILVA MARQUES

Data de Nascimento: 19/01/2002 Data Atendimento: 02/12/2018

Prontuário: 0000282289 Cód. Atendimento: 01165366

Nome do Hospital: hospital dom holder

Senha: 5569279

Transporte: ☐ Ambulância Básica ☐ Ambulância Avançada ☐ Próprio

☐ Acompanhamento Médico

Observação: paciente com relato de entorse de tornozelo esquerdo hoje. evolui com dor e edema.
raio x: fratura de tornozelo esquerdo

Recife, 02 de Dezembro de 2018

Médico: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA
CRM: 24967

IPAS
J. FERRAZ
RAUJO DA SILVA
MARCOS
Dr. Marcello Silva
FED - 02/12/2018 - 14:00 - 14:30

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 02/12/2018 22:43:43

IDENTIFICAÇÃO

NOME: THAIS DA SILVA MARQUES RG: 10594396 PESO:
IDADE: 17 Anos SEXO: FEMININO ALTURA:
Data de Nascimento: 19/01/2002
PRESTADOR ASSISTENTE: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA
DATA DE ATENDIMENTO: 02/12/2018 21:15:46 ATENDIMENTO: 1165366 TEMPO DE PERMANÊNCIA: 1 Hora(s)
CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO

DIAGNÓSTICO DE ALTA: S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO

CONDUTA DE ALTA

MOTIVO DA ALTA: ALTA POR TRANSFERÊNCIA

PROCEDIMENTO DE ALTA:

KOMPAS
UPA IMBIRIBEIRA
SISTEMA DE PRONTUÁRIO ELETRÔNICO
M.V. 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR
Dr. Marcelo Silveira
Médico Responsável

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs

TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Nome do Paciente: THAIS DA SILVA MARQUES
Data de Nascimento: 19/01/2002 Data Atendimento: 02/12/2018
Prontuário: 0000282289 Cód. Atendimento: 01165366
Nome do Hospital: hospital dom helder
Senha: 5569279
Transporte: ☒ Ambulância Básica ☒ Ambulância Avançada ☒ Próprio
☐ Acompanhamento Médico

Observação: paciente com relato de entorse de tornozelo esquerdo há 1 dia, evoluiu com dor e edema.
raio x: fratura de tornozelo esquerdo

Recife, 02 de Dezembro de 2018

Médico: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA
CRM: 24967

Jorge Ferraz
Otorrinolaringologista
CRM-PE: 24.967

UPA_IMBIRIBEIRA

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 470624
Usuário do Atendimento: JOSEASF

Data e Hora do Atendimento: 03/12/2018 00:44
Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: THAIS DA SILVA MARQUES

Prontuário: 114487

Nome da Mãe: MARIA APARECIDA DA SILVA

Nome do Pai: EDMILSON MARQUES

Data do Nascimento: 19/01/2002

Idade: 16 anos Sexo: FEMININO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG: 10594398

SDS PE Data Emissão: 13/05/2017

CPF:

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade: PALMARES

Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) INCOMPLETO

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: ESTUDANTE

Endereço: RUA ITAITUBA

260

PRAZERES

Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES

PE

CEP: 54340060

Fone: 87396656

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: UPA IMBIRIBEIRA

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 01

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 03/12/2018

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: _____

Diagnóstico: _____

Procedimento: _____

Alta em: _____

Hora: _____

Médico e C.R.M.: _____

Responsável pela retirada do paciente: _____

Assinatura e R.G.: _____

Hosp. Dom Helder Camara
Solange Lyra
Faturamento SAME
Em: 07.12.2018



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: 5

Nome: Thais da Silva data: 04/12/18 Hora: 13:00 Registro: 711487
Leito de origem: 404-2

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: tre. Fratura da TNZ E
Tipo de anestesia: Raqui
Equipe: Dr. Rinaldo Anestesista: Dr. Ana Lúcia

3. Admissão

Estado geral: () Bom (x) Regular () Torporoso () Grave^o
Respiração: (x) Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () SVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não (x) Sim Onde: MS E
Acesso Venoso Central: (x) Não () Sim Onde: _____
Drenos: () não () sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 109 x 65 mmHg FR: — p/min FC: 89 p/min SaPO2: 100%
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	<u>13:15</u>	<u>13:30</u>	<u>14:00</u>	<u>14:30</u>	<u>15:00</u>	
PA	<u>103 x 56</u>	<u>103 x 58</u>	<u>98 x 51</u>	<u>107 x 67</u>	<u>103 x 55</u>	
FR	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>
FC	<u>93</u>	<u>77</u>	<u>69</u>	<u>100</u>	<u>100</u>	
SaPO2	<u>99%</u>	<u>98%</u>	<u>98%</u>	<u>99%</u>	<u>98%</u>	
Glasgow	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

15:00 sem feixes Alentejo

Sinais vitais: PA: 103 x 55 FC: 100 FR: — SaPO2: 98% Glasgow: 15

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

Data: 04/12/18 Horário: 15:00 Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico: Dr. Rinaldo

CÓD. 38398



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: Thaís do Silve Marques Data: 04/12/18 Registro: 111487
Convênio: SUS Leito: 404-2 Hora: 11:15

2. Equipe médica:

Cirurgião: D^o Reinaldo 1^o auxiliar: -
Anestesiista: D^o Ana Lúcia Instrumentador: Izabel
Circulante: Quinho

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
leq + corte Pinto de fogo motor	6.0861.00.50 [REDACTED] 20 81.12.18 [REDACTED] HCL	
faixa de Ensmarch Aladine ex 3.5 Prosmid	[REDACTED] bHSS R 1.12.18 02 J [REDACTED] STEAM B I 3 02 193711	
fio de lencem o.bum	HDL bGME black FG [REDACTED] 03.12.18 - 02 [REDACTED] STEAM B I 10.12.183554	
	09.12.183550 [REDACTED] STEAM B I 20 81.12.18 [REDACTED] HDL bGME black FG	
	HDL bGME black SBS [REDACTED] 31.11.18 01 [REDACTED] STEAM B I 01.12.193724	
	HDL bGME black ZMSS [REDACTED] 31.10.18 01 [REDACTED] STEAM B I 30.01.193341	

PACIENTE: <u>Thais de Siqueira Marques</u>		DATA: <u>4-12-18</u>	
CIRURGIÃO: <u>Dr. Daniel</u>		RG: <u>11/1487</u>	
ANESTESISTA: <u>Dr. Manoel</u>		AUXILIAR: <u>-</u>	
CIRURGIÃO: <u>Dr. Manoel</u>		ANESTESIA: <u>Dr. Manoel</u>	
ESTRUMENTADOR: <u>Szeibel</u>		COORDENAÇÃO DO BLOCO: <u>Raimundo</u>	
CIRCULANTE: <u>Quintan</u>		COREN: <u>07111</u>	
ENFERMEIRA: <u>Thais</u>		HORÁRIO INICIAL: <u>11:50</u>	
		HORÁRIO FINAL: <u>13:40</u>	

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

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



DESCRIÇÃO MEDICAMENTO USADO EM SALA	QUANTIDADE	DESCRIÇÃO MEDICAMENTO USADO EM SALA	QUANTIDADE
ÁGUA BIDESTILADA C/10ML		METRONIDAZOL 5MG/100ML	
ÁGUA BIDESTILADA C/500ML		MIDAZOLAM 5MG/3ML	
ALFENTANIL 0,5MG/5ML		MILRINONA 1MG/20ML (PRIMACOR)	
ATACURIM 25MG/2,5ML		MORFINA 0,2MG/1ML	
ATROPINA 0,25 MG/1ML		MORFINA 10MG/1ML	
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% C/10ML		MORFINA 1MG/2ML	
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% C/250ML		NALOXONA 0,4MG/1ML	
BUPIVACAÍNA C/ADRENALINA 0,5% C/20ML		NEOMICINA + BACITRACINA POMADA	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA 0,5% C/4ML		NEOSTIGMINA 0,5MG/1ML	
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5% C/4ML		NIPRIDE 25MG/2ML	
BUPIVACAÍNA S/ADRENALINA 0,5% C/20ML		NORADRENALINA 4MG/4ML	
CEFALOTINA 1G IV/IM		OMEPRAZOL 40MG IV	
CEFAZOLINA 1G IV		ONDASETRONA 8MG/4ML	
CEFTRIAXONA 1G IV		PANCURONIO 2MG/2ML	
CETOPROFENO 100MG IV		PAPAVERINA 50MG/2ML	
CIPROFLOXACINA 200MG/100ML		PETIDINA 50MG/2ML	
CLONIDINA 150MCG/1ML		PROPOFOL 10MG/20ML	
CLONIDINA 150MCG/1ML		PROTAMINA 3% C/5ML	
CLORETO DE POTÁSSIO 10% C/10ML		REMIFENTANIL 2MG (ULTIVA)	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/1000ML		RINGER CLACTATO 500ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/100ML		RONCURONIO 50MG/5ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/250ML		SEVOFLURANO 100MLAR500ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/500ML		SOLUÇÃO CARDIO PLEGICA C/10ML	
DEXAMETAZONA 4MG/2,5ML		SULFATO DE MAGNÉSIO 50% C/10ML	
DEXTROCETAMINA 10ML (CETAMINA S+)		SULFENTANIL CITRATO 5MCG/2ML	
DIAZEPAM 10MG/2ML		SUXAMETONIO 100MG	
DIFENIDRAMINA 50MG/1ML		TRAMADOL 50MG/1ML	
DIPIRONA 500MG/2ML		TRIGLICERIDEOS CADEIA (TCM) 200ML	
DOBUTAMINA 250MG/20ML		VITAMINA C 500MG/5ML	
DOPAMINA 50MG/10ML		VOLUVEN 6% C/500ML	
EPINEFRINA 1MG/1ML			
ETILEFRINA 10MG/1ML			
ETOMIDATO 2MG/10ML			
FENTANIL 0,0785MG/10ML			
FENTANIL 0,0785MG/2ML			
FLUMAZENIL 0,1MG/5ML			
FUROSEMIDA 10MG/2ML			
GENTAMICINA 80MG/2ML			
GLICOSE 10% C/500ML			
GLICOSE 5% C/500ML			
GLICOSE 50% C/10ML			
GLUCONATO DE CÁLCIO 10% C/10ML			
HEPARINA SÓDICA 5.000UI/ML C/5ML			
HIDROCORTISONA 500MG			
IPILON 4G C/20ML			
LIDOCAÍNA 2% C/ADRENALINA C/20ML			
LIDOCAÍNA 2% S/ADRENALINA C/20ML			
LIDOCAÍNA 2% GEL			
MANITOL 20% C/250ML			
METARAMINOL 10MG (ARAMIN)			
METIL PREDNISOLONA 500MG			
METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML			
METOPROLOL 5MG/5ML (SELOKEN)			



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

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

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 111487

Nome: THAIS DA SILVA MARQUES

Mãe: MARIA APARECIDA DA SILVA

End.: RUA ITAITUBA

Enferm.: 404 - 02 - LT TRAUMA

Atendimento: 470624

Leito: 712

Dt. Cad: 03/12/2018

Dt. Nasc: 19/01/2002

Bairro: PRAZERES

Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES

CNS: 700006419595408

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

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

- ☒ Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
- ☒ Checagem do equipamento anestésico
- ☒ Oxímetro de pulso instalado e funcionando

O paciente tem alguma alergia?

- ☐ Não
- ☒ Sim *Dipirona*

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

- ☒ Não
- ☐ Sim e há equipamento disponível

Há risco de perda sanguínea > 500ml (7mL/kg em crianças)?

- ☒ Não
- ☐ Sim e há equipamento disponível

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- ☒ Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
- ☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam
 - Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado

Antecipação de eventos críticos:

- ☒ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? *Redução da pressão*
Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? *1:00 / sim*

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

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

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- ☒ Sim
- ☐ Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

- ☒ Sim
- ☐ Não se aplica

R+

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

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

Trat. cirúrgico final. TNR

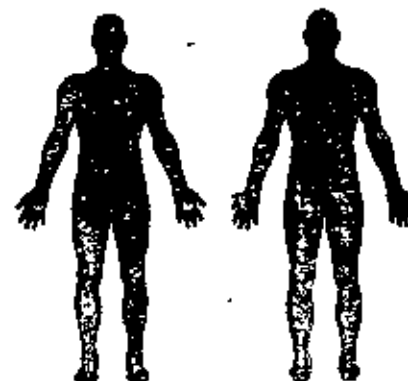
*Thais A
477 657
Enfermeira*

HOSPITAL
DOM HELOER CÂMARA

Data: 04/12/18

CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

Hora: 06:00

GESTÃO
IMIR
HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Tain da Silva emagru

Data de Nascimento: 1/1/ Registro: 335487

Setor: TRO Leito: 404-02

SINAIS VITAIS

PA: 110 x 70 T: 36,1 HGT:

Observação:

ENTREVISTA

HIPERTENSO: SIM () NÃO (X) MEDICAÇÃO EM USO:

DIABÉTICO: SIM () NÃO (X) MEDICAÇÃO EM USO:

HÁBITOS: TABAGISTA: SIM () NÃO (X) Há quantos anos: Qtd/dia:

ETILISTA: SIM () NÃO (X) Há quantos anos: Qtd/dia:

EXAMES SOLICITADOS

IMAGEM: RX (X) TAC c/ Contraste () USG () ECO () LABORATÓRIAL: SIM () NÃO ()

TAC s/ Contraste () RNM () CATE () Observação:

PARECER CARDIOLÓGICO: SIM () NÃO (X) Risco Cirúrgico:

RESERVA DE HEMODERIVADOS: SIM () NÃO (X) GRUPO SANGÜINEO:

RESERVA DE LEITO DE UTI: SIM () NÃO (X) Qual? UTI: LEITO:

ALERGIA

SIM () QUAL:

NÃO (X) OBSERVAÇÃO:

USO DE SONDAS

SNE () SNG ()

SVD ()

Outra:

ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO

SIM () QUAL:

NÃO () OBSERVAÇÃO:

DRENO

SIM () NÃO ()

Qual:

SIM () QUAL:

NÃO () HORÁRIO DA ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO:

Local:

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE

JEIUM: SIM (X) NÃO () À partir do dia: 1/12/18 às : Observação:

HIGIENIZAÇÃO: SIM (X) NÃO () Observação:

TRICOTOMIA: SIM () NÃO () Observação:

RETIRADO ADORNOS: SIM (X) NÃO () RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA: SIM () NÃO ()

CIRURGIAS ANTERIORES: SIM () Quais/Datas:

NÃO ()

ALGUMA CIRURGIA COM SIM () Quais/Datas:

USO DE PRÓTESE: NÃO ()

PULSEIRA DE SIM () Observação:

IDENTIFICAÇÃO: NÃO ()

LATERALIDADE

DEMARcada:

SIM () Observação:

NÃO ()

Enfermeiro Responsável:

(Assinar e Carimbar)

CÓD. 38404

RA: 92662508 - THAIS DA SILVA MARQUES 16 anos 10 meses 16 dias Sexo : F
Dr.(a): 26413 - MARIANA SILVA DE ALMEIDA ARAÚJO Entrada: 03/12/2018 09:07:28
Unidade: HDH-HOSPITAL DOM HELDER CAMARA - Posto: 000006 - URGENCIA Prontuário: 111487 Cód.SUS: Local de Entrega:
EA-EMERGÊNCIA AMARELA
Coleta :03/12/2018 09:07:00

Data de Nascimento :19/01/2002

Nome da Mãe/Responsável :NI

GLICEMIA

Resultado
102 mg/dL

Valor de Referência:
70 a 99 mg/dL

Material: SORO - PLASMA

Método: HEXOQUINASE / G-6-PDH

Data Assinatura: 03/12/2018 09:41:52

PROTEÍNA C REATIVA

Resultado
3,1 mg/L

Valor de Referência:
Até 5,0 mg/L

Material: SORO

Método: IMUNOTURBIDIMETRIA


DRA. CLARESSA MOREIRA CARVALHO
BIOMÉDICA
CRM: 4000

Data Assinatura: 03/12/2018 09:41:52

Exames Assinados Eletronicamente

"Horário Oficial de Brasília"

"Amostra Não Coletada pelo Laboratório"

"Os resultados obtidos devem ser correlacionados com outros dados clínicos."

Laboratório participante do programa PELM da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica.

Rua: Dr. João Távares de Moura, 57 Peixinhos 53230-290 Olinda - PE - Responsável Técnico: DR. LUCIANO ALMEIDA CRM/PE:5325

Data da Impressão: 04/12/2018 07:54:27 Página: 1/2

RA: 92662508 - THAIS DA SILVA MARQUES 16 anos 10 meses 16 dias Sexo : F
Dr.(a): 26413 - MARIANA SILVA DE ALMEIDA ARAÚJO Entrada: 03/12/2018 09:07:28
Unidade: HDH-HOSPITAL DOM HELDER CAMARA - Posto: 000006 - URGENCIA Prontuário: 111487 Cód.SUS: Local de Entrega:
EA-EMERGÊNCIA AMARELA
Coleta :03/12/2018 09:07:00

Data de Nascimento :19/01/2002

Nome da Mãe/Responsável :NI

HEMOGRAMA

Resultado Atual		Resultados Anteriores			Valor de Referência		
		Linha Evolutiva			Homens	Mulheres	
ERITROGRAMA							
Hemácias	4,33 10 ⁶ /μL	---	---	---	4,4 - 5,9	4,0 - 5,4 10 ⁶ /μL	
Hemoglobina	12,5 g/dL	---	---	---	13,0 - 18,0	12,0 - 16,0 g/dL	
Hematócrito	39,2 %	---	---	---	40 - 52	35 - 47 %	
VCM	90,5 fL	---	---	---	80 - 100	80 - 100 fL	
HCM	28,9 pg	---	---	---	27 - 32	27 - 32 pg	
CHCM	31,9 g/dL	---	---	---	32 - 37	32 - 37 g/dL	
RDW	12,5 %	---	---	---	Até 15	Até 15 %	

LEUCOGRAMA

Leucócitos	100 %	13400 / μL	---	100 %	3500 - 11000 / μL
Neutrófilos	82,6 %	11068 / μL	---	50 - 70 %	2500 - 7000 / μL
Eosinófilos	0,8 %	107 / μL	---	1 - 6 %	100 - 600 / μL
Basófilos	0,4 %	54 / μL	---	0 - 2 %	0 - 200 / μL
Linfócitos	11,4 %	1528 / μL	---	20 - 30 %	1000 - 3000 / μL
Monócitos	4,8 %	643 / μL	---	2 - 12 %	100 - 800 / μL
Plaquetas	275.000/ μL	---	---	---	150.000 - 450.000/ μL

Nota: Baseado na orientação do International Society for Laboratory Hematology na qual deve haver uma padronização para liberação de exames de hemograma, incluindo o diferencial de leucócitos e de acordo com o Colégio Americano de Patologistas que orienta que neutrófilos bastonetes está presente em até 5 a 10% dos hemogramas normais, foi padronizada pelo Laboratório Cientificatub do grupo DASA que a liberação de bastonetes é realizada quando estiverem acima de 6% do total de neutrófilos.

Material: SANGUE

Método: AUTOMAÇÃO

Data Assinatura: 03/12/2018 09:55:12

TP - TEMPO DE PROTROMBINA

Resultado		Valor de Referência:
Tempo	11,2 seg.	De 10,4 a 12,6 seg.
Atividade de Protrombina	92 %	Atividade: Superior a 70%
INR	1,02	INR: Até 1,2

Material: PLASMA

Método: AUTOMAÇÃO - COAGULOMÉTRICO

DR. CLARISSA MOREIRA CARVALHO
BIOMÉDICA
CRM: 4006

Data Assinatura: 03/12/2018 09:40:02

Exames Assinados Eletronicamente

"Horário Oficial de Brasília"

"Amostra Não Coletada pelo Laboratório"

"Os resultados obtidos devem ser correlacionados com outros dados clínicos."

Laboratório participante do programa PELM da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica.

Rua. Dr. João Tavares de Moura, 57 Pelvinhos 53230-290 Olinda - PE - Responsável Técnico: DR. LUCIANO ALMEIDA CRM/PE: 5325

Data da Impressão: 04/12/2018 07:54:27 Página: 2/2



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

01/11/2018

Paciente: THIAGUE S. OLIVEIRA SILVA MARQUES Sexo: F Cor: Pd Idade: 16 Risco: Int

CRM: 08107 AMM LUCIANA MAGALHÃES Nome do Cirurgião: RENATO DU

Medicação Pré-anestésica: REG: 111487 Urgência: ☒ NÃO ☐ SIM

Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura de Tornozelo

Horário: 11:30 a 12:30

Horário	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
N.O.																							
Suporte																							
SaO ₂																							
ETCO ₂																							
ECG																							
245																							
220																							
200																							
180																							
160																							
140																							
120																							
100																							
80																							
60																							
20																							
Anotações	Garantimento de MIE: Sinal: 1135mm PR: 2140mm																						

Drogas Usadas	Quantidade
midazolam	5mg
propofol	50mg
lupivacina 20	15mg
morfina	60mg
celestone	2g
dexametasona	10mg
celestone	10mg

Técnica Anestésica: sedação

Pre-anestesia:

paciente sedado

oxigenio + ant sepsis

bracos - ombros

pinção mediana

13-14 com agulha

nº 27 de Quincke

LCE limpo

Monitorização	☐ BIS
☒ Cardioscópio	☐ Temperatura
☒ Oxímetro	☐ Swan-Ganz
☒ PNI	☐ Analisador Gases
☐ Sonda Vesical	☐ PVC
☐ Capnógrafo	☐ Estimulador de Nervo
☐ Estet. Pré-Cordial	☐ Linha Arterial
☐ Outros	☐ Volemia IBP Plus

Encaminhado
☒ Acordado
☐ Sonolento
☐ Intubado
Destino
☒ SRPA
☐ Apart/Enf.
☐ UTI
☐ Externo

Intercorrência: ☒ NÃO ☐ SIM

Descrever:

Observações: - Voz amarelada des

- Bolata e terço a dipirone

Assinatura do Anestesiologista

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA		SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA BLOCO CIRÚRGICO - SRPA		GESTÃO HOSPITALAR	
Nome: <u>Thais da Silva</u>		Registro: <u>111987</u>		Leito: <u>111</u>	
Procedimento cirúrgico: <u>Trat. cirúrg. para TN2</u>		Data: <u>04/12/18</u>		Hora: <u>11:11</u>	
DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS			
1. Ansiedade (☒)	☒ Encorajar verbalização dos sentimentos e medos ☒ Proporcionar apoio emocional ☒ Dar informação ao paciente e familiares ☐ Outros				
2. Ventilação prejudicada (☒)	☐ Manter decúbito elevado ☐ Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário ☐ Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz ☐ Manter o paciente em posição de Fowler ☒ Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR ☒ Instalar (☒ Manter (☒ Anotar oximetria de pulso ☐ Outros				
3. Padrão de eliminação urinária (☒ Diminuído (☐ Aumentado	☐ Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ____/____h ☒ Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen) ☐ Colocar o paciente em posição de Fowler ☒ Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição ☐ Registrar se: (☒ Dor ao urinar ☐ Abaulamento em região suprapúbica (☐ Ausência de diurese espontânea ☐ outros				
4. Dor (☒) Local: <u>to</u> (☐ Leve (☐ Moderada (☐ Severa	☒ Verificar qual posição adequada do paciente ☒ Avaliar a localização e a intensidade da dor ☒ Reavaliar a dor após 30 min. da administração da medicação ☐ Identificar fatores desencadeantes da dor ☐ Registrar características e intensidades da dor ☐ outros ☐ Destrever características da lesão ☐ Realizar curativo a cada ____/____h				
5. Integridade tissular prejudicada (☒)	☒ Realizar mudança de decúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação ☐ Medir débito de dreno de ____/____h ☒ Manter curativo oclusivo por ____h ☐ Outros				
6. Sangramento (☒) Local: <u>to</u> (☐ Leve (☐ Moderada (☐ Severo	☐ Aferir pressão arterial de ____/____min ☐ Manter elevado: ☒ Realizar curativo oclusivo ☐ Outros				
7. Imobilidade no leito prejudicada (☐)	☐ Pinçar dreno ao manusear o paciente ☒ Avaliar mobilização de dreno (Tractionado) ☐ Manter repouso no leito em posição				

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

G - Sonda Nasogástrica

PA - Pressão Arterial

FC: Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso Enteral

HGT - Hemoglicoteste

AVP - Acesso Venoso Periférico

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

ASSINATURA E CARIMBO

ASSINATURA E CARIMBO

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Thaís de Sálvia Marques Data: 4-12-18 Hora: 11:15 Registro: 133487
Convênio: SUS Leito: _____ Paciente: _____ Altura: _____

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Renaldo Anestesiologista: Dr. Ana
Auxiliar: _____ 2º Auxiliar: _____ Instrumentador: 92444

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Sec. Paraganglioma fístula de +12. E Início: 11:50 Término: 12:40
Anestesia: Perioperatório + Sedação Início: 11:30 Término: 12:50

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

Estado Geral: () Bom (☒) Regular () Grave
Nível de Consciência: (☒) Orientado () Consciente () Sonolento () Coma
Respiração: (☒) Espontânea () Intubado () Traqueostomizado
Tricotomia: () Sim (☒) Não
Chegou no CC em uso de: Canal

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

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

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso (☒) Monitor Cardíaco (☒) PNI (☒) Bomba CEG () Aspirador ()
Colchão Térmico () Bisturi Ultrassônico () Artroscópio () Microscópio () Capnógrafo ()
Bisturi Elétrico () Local de Placa () Intensificador ()
Carro de Anestesia () Difusor () N° ()
Ap. Vídeo () Bomba de Infusão ()
Oxigênio (☒) Início _____ Término _____
Protóxido () Início _____ Término _____
Gás Carbônico () Início _____ Término _____
Outros: _____

5.1 - PROCEDIMENTOS:

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

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: Segue no monitoramento de parâmetros CIRURGIA: Segue no monitoramento de parâmetros

6 - OBSERVAÇÕES:

Tranquila ao despertar às 11:35 até

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: Acordado (☒) Narcose () Intubado () Traqueostomizado ()
Encaminhado para: SRPA (☒) S. Intensiva () LICOR () UTI () APF () Residência ()

Data: 4-12-18 Hora: 13:00 Enfermeira: Thaís Circulante: Wendy

517974

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 03/12/2018 00:06

	Nome Paciente:	THAIS DA SILVA MARQUES
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	19/01/2002
	Sexo:	Feminino
	Idade:	16
	Senha:	0001
	Convênio:	-
Atendimento:	SAME:	

Período: 03/12/2018 00:14 - 03/12/2018 00:19

LARISSA CARVALHAL BARRET C. DA S. CAMPOS - COREN: 350530 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

NAO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PACIENTE ENCAMINHADA DA UPA DO IBURA DA IMBIRIBEIRA, CONSCIENTE, ORIENTADA, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.
SENHA 5569279
ALERGICA A DAPIRONA

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR LEVE (1-3/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: LARISSA CARVALHAL BARRET C. DA S. CAMPOS - COREN: 350530 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 03/12/2018 00:19

TERMO DE RESPONSABILIDADE POR ALTA A PEDIDO DO PACIENTE OU DE SEU RESPONSÁVEL

Eu, _____, portador da identidade nº _____, na _____
qualidade de: ☐ paciente ☐ responsável (grau de parentesco): _____
devidamente informado pelo médico(a) Dr.(a) _____, sobre os riscos decorrentes da
Interrupção/abandono do tratamento médico-hospitalar. Entretanto, optei (amos) por deixar (mos) a Unidade de Pronto Atendimento
Maria Esther Souto Carvalho (UPA Imbiribeira) às _____ hs do dia 02/12/2018, tendo como principal motivo ☐ não desejar a
conclusão do atendimento ☐ dar continuidade ao procedimento e/ou tratamento no Hospital
para onde o paciente será conduzido por ☐ Ambulância; ☐ Veículo Próprio.

I - DISPOSIÇÕES:

Artigo 1º - A alta a pedido do paciente representa o seu direito de recusar o atendimento ou procedimentos propostos e de deixar as dependências do hospital, após amplo esclarecimento das possíveis consequências e riscos e a liberdade

Parágrafo Primeiro - A alta a pedido não constitui ato que tenha sido indicado ou prescrito pela equipe médica, mas sim um ato livre e independente da autonomia do paciente, atendido o disposto no Termo de Responsabilidade.

Parágrafo Segundo - O exercício, por parte do paciente, deste seu direito, a partir do momento em que deixar o hospital, isenta o médico e a Instituição da responsabilidade por quaisquer consequências adversas à saúde decorrentes relacionadas a esta alta.

Artigo 2º - Cabe ao médico, com apoio da equipe multiprofissional, explicar em linguagem acessível ao doente, o diagnóstico, suas condições clínicas, possibilidades terapêuticas e as consequências da interrupção da assistência médica, especificando possíveis riscos e danos.

Artigo 3º - Alta a pedido não se constitui em impeditivo para o paciente voltar a ser atendido na Instituição.

I - REGISTRO DA EQUIPE ASSISTENCIAL:

Esclarecimento prestados ao paciente pela equipe :

Cliente do meu estado de saúde, riscos e consequências, conforme conteúdo disposto neste Termo de Responsabilidade.

Recife, 02 de Dezembro de 2018

Assinatura do paciente / responsável

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 02/12/2018 21:40:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: THAIS DA SILVA MARQUES

RG: 10594396

PESO:

IDADE: 16 Anos

SEXO: FEMININO

ALTURA:

Data de Nascimento: 19/01/2002

PRESTADOR ASSISTENTE: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA

DATA DE ATENDIMENTO: 02/12/2018 21:15:46

ATENDIMENTO: 1165366

TEMPO DE PERMANÊNCIA: 0 Hora(s)

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO

DIAGNÓSTICO DE ALTA: S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA POR TRANSFERÊNCIA

PROCEDIMENTO DE ALTA:

Dr. Jorge Ferraz
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE: 24.967

JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA
CRM-24967

HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: Thaís Silo Marques Registro: _____ Nº Atendimento: 111487
Idade: _____ Sexo: F Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - (X) Não
Clínica: 0200 Enfermaria: 220 Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração: Ar dnti subarobelho ntro

História da Doença Atual: Parece rper ar dnti subarobelho
rper de esse fongido esgado

Interrogatório Sintomatológica: Dr en fongido esgado

[Handwritten signature/initials]

Exame Físico: BGG 1000 AAA
Pele branca
Neuromuscular
Do 2 membros inferiores

Antecedentes Pessoais: Não

Medicações em Uso Não

Antecedentes Familiares: NEG

Hipótese Diagnóstica Principal: trauma de membro lateral

Hipótesis Diagnósticas Secundarias:

Plano Terapêutico: Orbitais

① 40 ग्राम

⑤ Sol. pw 387042

Cabo de Santo Agostinho

Dra. Mariana S. de Almeida Prado
14/06/2021
Assinatura e Carimbo

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



Data/Hora	Serviço Social
09/12/18	Vinici e ficha social. Pai morto, viúva com a filha (Trabalha) e irmão (estudante). Pai morto estada e se assistida pela atendida de saúde da saúde. Crianças são Normais e vestem, PPR e o mundo da criança e do adolescente.
	HON - Hospital Dom Helder Câmara Tacylla Simões Xavier Assistente Social CRESS/PE-6583
	Enfermeira Solange Lyra Faturamento / SAME

[illegible]

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Thaís da Silva Marques Registro: 11.1483

Clinica: mo Enfermaria: ouro Leito:

Data/Hora	Exames
3.12.18	
2.29	Paciente admitida dentro a febre de febre (P) após do local. Ao exame: BSG 1000 AAS PSA 1000 de DNE (P) Cd. mulo trocar fol. 1000
03/12/18	HTROA 9h Paciente estável e sem queixas agudas programada cirúrgica.
4.12.18	HTROA 10h Paciente com estado geral conservado SI queixas PO deca e duplo Alto Urina

Dr. Mariana S. de Almeida Araújo
Médica
CRM-PE 10287

Vinicius S. Costa
Médico
CRM-PE 25583-08



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

[illegible]

Aviso de Cirurgia : 38980
Paciente : 111487
Convênio Atend. : 1
Leito : 712
Dt. Início :

Sala : 0004 SALA 04

THAIS DA SILVA MARQUES
SUS - INTERNACAO
404 - 02 - LT TRAUMA
Dt. Fim : 04/12/2018 14:42

Atendimento : 470624
Carteira :
Idade : 16 Anos

Cid Pré-Operatório : S828
Cid Pós-Operatório :

FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA

Procedimento: 0408050578

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 86

RAQUI ANESTESIA + SEDACAO

CIRURGIAO
ANESTESISTA

14861 REINALDO MENDES DE CARVALHO
18197 ANA LUCIA LUCENA DE ANDRADE

Descrição Cirúrgica :

DIAGNOSTICO : FRATURA BIMALEOLAR ESQ.

CD : TRATAMENTO CIRURGICO

DESCRIÇÃO :

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
 2. ASSEPSIA E ANTISSEPISIA MIESQ.
 3. INCISAO EM FACE LATERAL TORNOZELO ESQ.
 4. DISSECÇÃO POR PLANOS + VISUALIZAÇÃO FOCO DA FRATURA
 5. REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA E FIXAÇÃO COM PLACA 1/3 DE CANO 05 FUROS E 05 PARAFUSOS CORTICAIS
 6. CONTROLE RADIOSCOPICO
 7. INCISÃO EM REGIÃO DE MALÉOLO MEDIAL, DISSECÇÃO POR PLANOS + VISUALIZAÇÃO DO FOCO DE FRATURA.
 8. REDUÇÃO CRUENTA DO FOCO, FIXAÇÃO COM 02 FIOS DE K., FIO DE CERCLAGEM E 01 PARAFUSO CORTICAL
 9. CONTROLE RADIOSCOPICO
 10. SUTURA POR PLANOS DAS INCISÕES
 11. CURATIVO
- OBSERVA-SE BOA ESTABILIDADE DAS FRATURAS

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

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

Solange Lyra
Faturamento / SAME
Em: 07 DEZ 2018

Resumo de Alta Hospitalar

404-2

PACIENTE: THAIS DA SILVA MARQUES

REGISTRO: 111487 IDADE: (Status) DATA ADMISSÃO: 03/12/2018 DATA ALTA: 05/12/2018

5) Diagnósticos Definidos:

FRATURA DE MALEOLO LATERAL ESQUERDO

6) Conduta/ Procedimentos Realizados:

OSTEOSSINTESE COM PLACA E PARAFUSOS + FIO K

7) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

8) Informações Complementares:

- 1) MANTER MEMBRO ELEVADO DURANTE REPOUSO
- 2) FAZER COM FREQUÊNCIA MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO JOELHO, QUADRIL E TORNOZELO
- 3) DEAMBULAR COM AUXÍLIO DE MULETAS AXILARES (CARGA ZERO SOBRE O MEMBRO OPERADO)
- 4) NÃO PISAR COM O MEMBRO OPERADO
- 5) RETIRAR PONTOS COM 15 DIAS
- 6) RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 02 SEMANAS

Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X) Não ()

Data da Consulta: 18/12/2018

de 06:30
até 09:00

Assinatura do Médico e Carimbo

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



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de retorno ambulatorial no HDH.

18/12/2018 11:02:53
Médica
CRM-PB 10287

FICHA DE CONFIRMAÇÃO DO AGENDAMENTO

Setor: AMBULATORIO DE EGRESSO

Usuario do Agendamento: MARCELANIA

Paciente: 111487 THAIS DA SILVA MARQUES

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico do Agendamento: LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO

Convênio: SIA/SUS - AMBUL/URGEN.EMERG

Tipo de Agendamento:

Data da Agenda: 15/01/2019

*ps 07:30
pr 09:00*

PREZADO CLIENTE, AS SENHAS SERAO ENTREGUES POR ORDEM DE CHEGADA

TURNO MANHA: APARTIR DAS 08:00H ATE AS 11:00H

TURNO MANHA: APARTIR DAS 11:00H ATE AS 14:00H

TURNO TARDE: APARTIR DAS 14:00H ATE AS 17:00H

**APOS O HORARIO NAO SERA POSSIVEL O ATENDIMENTO CONFORME DETERMINADO
PARA ATENDIMENTO E OBRIGATORIO APRESENTAÇÃO DESTE DOCUMENTO E RG OU CP.**

UPA24H - UPA IMBIRIBEIRA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo.

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 02-12-2018 20:58

	Nome Paciente:	THAIS DA SILVA MARQUES
	Cód. Paciente:	282289
	Data de Nascimento:	19/01/2002
	Sexo:	Feminino
	Idade:	17
	Senha:	A0213
	Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	1165366	
SAMÉ:		

Documentação médica - hospitalar



Periodo: 02-12-2018 21:10 - 02-12-2018 21:12

Prioridade:	LARANJA - MUITO URGENTE
Cor:	LARANJA
Alergia(s):	- DAPIRONA -
Queixa Principal:	DOR+EDEMA+DEFORMAÇÃO EM TORNOZELO E APÓS QUEDA DE MOTO
Fluxograma sintoma:	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminador(es):	- DOR INTENSA?
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos:	- REGUA DE DOR: 8 - FREQUENCIA RESPIRATORIA: 18.00 IRPM

Alergias Atuais do Paciente

Substância	Observação
- NEGA ALERGIAS	-
- DÍPIRONA	-

Dr. Marcello Silveira

Acolhido(a) por: GEISE MARLE DE CASTRO SILVA - COREN: 383282 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 04-12-2019 10:05

Prescrição.: 1630862 Data: 02/12/2018 21:19

Usuário.: JORGEFAS

Atendimento: 1165366 Dt Nasc: 19/01/2002 (17a 2m 13d)

Convênio.: SUS - AMBULATORIO

Paciente.: 282289 - THAIS DA SILVA MARQUES

Peso.: Altura: Sup. Corporal:

Internação.: 02/12/2018 21:15 0 Dias(s) Int

Médico.: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA - CRM 24967

FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unid. Int.: Leito.: Cobertura:

Cid.: S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO Cdo.: /

Diagnóstico:

Protocolo:

Classificação de Risco: M.URG

2ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: MUITO URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS, DIPIRONA

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

EXAMES IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Api	Frequência	Datas/Horários
1 RX PERNA DIREITA A.P. / PERFIL ; Exame: 300702	1					02/12/21:19

UPA IMBIRIBEIRA
PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE
Relatório de Prescrição / Evolução
Dr. Marcello Silveira

Prescrição: 1630863 Data: 02/12/2018 21:23

Usuário: JORGEFAS

Atendimento: 1165366 Dt Nasc: 19/01/2002 (17a 2m 13d)

Convênio: SUS - AMBULATORIO

Paciente: 282289 - THAIS DA SILVA MARQUES

Peso: Atura: Sup. Corporea:

Internação: 02/12/2018 21:15 0 Dias(s) Int

Médico: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA - CRM 24967

FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unid. Int.: Leito: Cobertura:

Cid.: S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO Cido: /

Diagnóstico:

Protocolo:

Classificação de Risco: M.URG

2ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: MUITO URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS, DIPIRONA

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

PROCEDIMENTOS MEDICOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2 TALA GESSADA TIPO BOTA G	1					02/12/2018 21:23
-> ATADURA GESSADA 20CM X4,0M BRANCA	3	UN				
-> ATADURA CREPE 15CM X 4,5M 11FIOS	7	UN				

COPIAS
UPA IMBIRIBEIRA
AA IMBIRIBEIRA - UPA DE ORÇAMENTO DO PRONTO-SO
MÉDICO ELETRÔNICO
Dr. Marcello Silveira
Quarta-feira, 11 de Maio de 2016 15:22h

Prescrição: 1630864 Data: 02/12/2018 21:24
Usuário: JORGEFAS
Atendimento: 1165366 Dt Nasc: 19/01/2002 (17a 2m 13d)
Convênio: SUS - AMBULATORIO
Paciente: 282289 - THAIS DA SILVA MARQUES
Peso: Altura: Sup. Corporal:
Internação: 02/12/2018 21:15 0 Dias(s) Int
Médico: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA - CRM 24967
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.: S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO Ciclo: /
Diagnóstico:
Protocolo:
Classificação de Risco: M.URG

2ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: MUITO URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS, DIPIRONA

PRESCRICAO MEDICA

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 TRAMADOL CLORIDRATO SOL.INJ. 100MG/2ML	1	AMP		IV	Agora	[02/12] 21:24
-> ESCALPE N. 21	1	UN				
-> CLORETO DE SODIO SOL.INJ. 0,9%-100ML	1	FA C/100ML				
(FRESENIUS/BAXTER/BBRAM -> EQUIPO MACROGOTAS C/ INJETOR LATERAL	1	UN				
-> SERINGA DESCARTAVEL 3CC S/ AGULHA	1	UN				
-> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				

UPA IMBIRIBEIRA
PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE
RELATÓRIO DA PRESCRIÇÃO / EVOLUÇÃO

Dr. Marcello Silveira
Médico Responsável

Prescrição.: 1630866 Data: 02/12/2018 21:24

Usuário.: JORGEFAS

Atendimento.: 1165366 Dt Nasc.: 19/01/2002 (17a 2m 13d)

Convênio.: SUS - AMBULATORIO

Paciente.: 282289 - THAIS DA SILVA MARQUES

Peso.: Altura: Sup. Corporea:

Internação.: 02/12/2018 21:15 0 Dias(s) Int

Médico.: JORGE FERRAZ ARAUJO C.A SILVA - CRM 24967

FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unid. Int.: Leito.: Cobertura:

Cid.: S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO Ciclo.: /

Diagnóstico:

Protocolo:

Classificação de Risco: M.URG

2ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: MUITO URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS, DIFERONA

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Otd	Unidade	SN	Apf	Frequência	Datas/Horários
3 TRANSFERENCIA	1					[02/12] 21:24

4 OBSERVAR, COMUNICAR E ANOTAR AS ALTERACOES

[02/12] 21:24

Obs.: nível de consciência
padrão respiratório
débito urinário
sinais vitais

JORGEFAS
UPA IMBIRIBEIRA
PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE
RELATÓRIO DE PRESCRIÇÃO / EVOLUÇÃO
Dr. Marcello Silveira
CRM 24967 - R. 02/12/2018 - 21:24

TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Nome do Paciente: THAIS DA SILVA MARQUES

Data de Nascimento: 19/01/2002 Data Atendimento: 02/12/2018

Prontuário: 0000282289 Cód. Atendimento: 01165366

Nome do Hospital: hospital dom helder

Senha: 5569279

Transporte: ☒ Ambulância Básica ☐ Ambulância Avançada ☐ Próprio

☐ Acompanhamento Médico

Observação: paciente com: relato de entorse de tornozelo esquerdo hoje. evolui com dor e edema.
raio x: fratura de tornozelo esquerdo

Recife, 02 de Dezembro de 2018

Médico: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA
CRM: 24967

45201PAS
 S. - INTERMUNICIPA
 RA - RFO A LA UNIV. DE LA CORTA DE PROY. JUNE
 MEXICO EE. UU.
 Dr. Marcello Silverio
 Reg. de la Un. de la Corta de Proy. June

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 02/12/2018 22:43:43

IDENTIFICAÇÃO

NOME: THAIS DA SILVA MARQUES

RG: 10594396

PESO:

IDADE: 17 Anos

SEXO: FEMININO

ALTURA:

Data de Nascimento:

19/01/2002

PRESTADOR ASSISTENTE:

JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA

DATA DE ATENDIMENTO: 02/12/2018 21:15:46

ATENDIMENTO: 1165366

TEMPO DE PERMANÊNCIA: -1 Hora(s)

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL:

S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO

DIAGNÓSTICO DE ALTA:

S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO

CONDUTA DE ALTA

MOTIVO DA ALTA: ALTA POR TRANSFERÊNCIA

PROCEDIMENTO DE ALTA:

KOMPAS
UPA IMBIRIBEIRA
RAÍSSA ARAÚJO DE SA LIMA - ADM. JÁRG.
MÉDICO ELETRÔNICO

Dr. Marcello Silveira







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CENTRO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES FILHO

50-9

PALMARES

THAIS DA SILVA MARQUES

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 10.594.396

DATA DE EXPEDIÇÃO 13/05/2017

NOME << THAIS DA SILVA MARQUES >>

FILIAÇÃO << EDMILSON MARQUES >>
<< MARIA APARECIDA DA SILVA >>

NATURALIDADE PALMARES - PE

DATA DE NASCIMENTO 19/01/2002

DDC ORIGEM << CN 66900 LA66 F.32V CART
PALMARES-PE 02.05.2002 >>

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 2000/03

1517593681605171351.7454267

131.670 - 7171



Ministério da Fazenda
Receita Federal



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
145.991.324-89

Nome
THAIS DA SILVA MARQUES

Nascimento
19/01/2002

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
Nº 01393387045
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 113940821 2012

USUARIO: RUIBRO DA SILVA

REN CARVALHAL - PE

122 419 104-55 RCP9543

REGISTRO Nº 01393387045

PAS / MOTOCICLETA / GASOLINA

PLACA / POT. 150 CMV 2P/162CC

2P/162CC

DE 2018 QUITADO

PAIS (EVA) 1

PAIS (EVA) 2

PAIS (EVA) 3

PAIS (EVA) 4

PAIS (EVA) 5

PAIS (EVA) 6

PAIS (EVA) 7

PAIS (EVA) 8

PAIS (EVA) 9

PAIS (EVA) 10



DUT