Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

20/07/2020

Número: **0015601-14.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção A da 4ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **19/03/2020**
Valor da causa: **R$ 9.450,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
THAIS DA SILVA MARQUES (AUTOR)	**PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)**
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
ARUANA SEGUROS S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64929203	20/07/2020 13:52	ANEXO 1	Outros (Documento)

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

CELPE

NOTA FISCAL/FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0201943-83 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA APARECIDA DA SILVA
PROX A ESTACAO

CPF: 018.775.054-74

CLASSIFICAÇÃO
01 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ITAITUBA 200

JARDIM PRAZERES/PRAZERES
JABOATAO DOS GUARARAPES PE
54340-060

Nº da Nota Fiscal	Série	Data de Emissão
074079540	ÚNICA	19/08/2019

Classificação	Nº do Cliente	Nº da Instalação
19/08/2019	7001560991	1077381

Nº do Contrato	Mês/Ano
4009557356	08/2019

Data de Vencimento	Data Prevista Próxima Leitura
26/08/2019	17/09/2019

Total a Pagar (R$): 117,72

Comprovante de residência

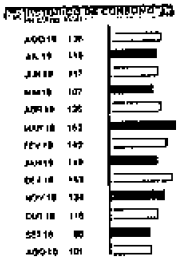
Descrição da Nota Fiscal	Quantidade	Preço (R$)	Valor (R$)
Consumo Ativo(kWh)	128,00000000	0,72545172	92,80
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,07
Acréscimo Bandeira VERMELHA			4,72
Contrib. Ilum. Pública Municipal			10,51
ICMS Subvenção-CDF-NF 095270008-17/09/19			0,79
Multa por atraso-NF 095270008 - 17/09/19			1,75
Juros por atraso-NF 095270008 - 17/09/19			0,87
Atualização IGPM-NF 095270008 - 17/09/19			0,81

TOTAL DA FATURA 117,72

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº do Medidor	Tipo da Função	Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Nº de Dias	Constante	Ajuste	Consumo (kWh)
H004135	CAS	22/07/2019	13777,00	18/08/2019	13777,00	27	1,00000		128,00

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)



INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	Base de Cálculo	%	Valor do Imposto
ICMS	102,00	25,00	25,74
PIS	102,00	0,74	0,75
COFINS	102,00	3,43	3,52

Composição do Consumo

Descrição	Unid.	Tarifa	Valor
Transmissão	R$	3,50	3,49%
Distribuição (Celpe)	R$	31,23	27,09%
Perdas de Energia	R$	6,64	5,64%
Encargos Setoriais	R$	5,10	4,33%
Tributos	R$	30,07	26,13%
Total	R$	116,54	100%

TARIFA APLICADA

PSBH EIRELI ICMS ASSB 7C3C 54BF LTDA 1751

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Vencto	Discriminação	Valor	Vencto	Discriminação	Valor
25/07/19	18/06/19	104,00			

BRASIL
(HTTP://BRASIL.GOV.BR)

Serviços Barra GovBr

Documentos de identificação

Brasão da República

Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

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

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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01651/01652 - carta_01 - INVALIDEZ

00010826

Carta nº 14500234

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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00099/00100 - carta_03 - INVALIDEZ

00020050

Carta nº 14505088

Autorização de pagamento

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO D

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

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

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: Thiago da Silva Marques. CPF: 145.991.324-89

Profissão: Estudante Endereço: Rua itaiubo Número: 260 Complemento:

Bairro: Cidade: Sabóatão dos Guararapes Estado: PE 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 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 986511321 5 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

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: Vivos: Falecidos: | 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: Maria Aparecida da Silva

CPF: 014.775.054-74

Maria Aparecida da Silva

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) 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.

FPS.001 V001/2018

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.

Seguradora LÍDER

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: 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

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

15 - E-mail: GIZILANEDUARTE@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:

Autorização de pagamento

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$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 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 986511391 5 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que 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.

NÃO ALFABETIZADO

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)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Thais da Silva Marques. Jaboatão 11 de dezembro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

atura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)


CAIXA
POUPANÇA
5067 2251 6510 2890
5067
VÁLIDO ATÉ
10/24
THAIS DA SILVA MARQUES
3015 000986511321-5
elo

Boletim de ocorrência

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

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 - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **2/12/2018** às **20:00**

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MARIA APARECIDA DA SILVA (NOTICIANTE)
THAIS DA SILVA MARQUES (VITIMA)

RECEBIDO
11 JUN 2019
Seguradora Líder DPVAT

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (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 - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

MARIA APARECIDA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA CICERA 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: - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEÍCULO (VEICULO) 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 NOTICICANTE QUE , SUA FILHA , THAIS DA SILVA MARQUES, MENOR DE 17 ANOS DE IDADE, SOFREU UM ACIDENTE QUANDO VIAJAVA DE NA GARUPA DA MOTOCICLETA DE PLACA PCH-0543. QUE FOI SOCORRIDA PARA A UPA DA IMBIRIBEIRA 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)

DELEGACIA DE POLICIA
PRAZERES

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

Boletim de ocorrencia

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA 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 - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **2/12/2018** às **20:30**

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

GOVERNO DE PERNAMBUCO SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO 3ª Equipe de Plantão 19ª Circ. Policial - PRAZERES 6ª DESEC

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
RENATO RICARDO DA SILVA (TESTEMUNHA)
THAIS DA SILVA MARQUES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (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: **EDMILSOL MARQUES** Data de Nascimento: **19/1/2001** Naturalidade: **PALMARES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10594396/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1°. GRAU INCOMPLETO**
Endereço Residencial: **RUA ITAITUBA, 260, JARDIM PRAZERES - CEP: 55000-000 - Bairro: PRAZERES - JABOATAO 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 (VEICULO) 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° 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 19°CIRC.

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

Thais da Silva Marques

THAIS DA SILVA MARQUES
(VITIMA)

GOVERNO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
3ª Delegacia de Plantão
19ª Circ. Policial - PRAZERES
6ª DESEC

B.O. registrado por: **ALDECLIN SANTOS DA SILVA** - Matrícula: **1529460**

29/11/2019 16:19

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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00139/00140 - carta_31 - INVALIDEZ

00050070

Carta nº 15314877

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0011058/20

Vítima: THAIS DA SILVA MARQUES

Data do acidente: 02/12/2018

CPF: 145.991.324-89

CPF de: Próprio

Titular do CPF: THAIS DA SILVA MAROUES

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

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

THAIS DA SILVA MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Steffany Caroliny Lins Veloso

Seguradora **LÍDER**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1 - Nome completo da vítima	2 - CPF da vítima	3 - Data de nascimento da vítima

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

DADOS CADASTRAIS

4 - Número do PIS: 5 - CPF:

6 - Endereço: 7 - Complemento:

8 - Bairro: 9 - Cidade: 10 - UF:

11 - E-mail: 12 - DDD/Telefone:

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, [illegible] (ANEXAR CÓPIA)

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECEBO INFORMAL ☐ [illegible] ☐ [illegible]
☒ SEM RENDA ☐ [illegible] ☐ [illegible]

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

☒ CONTA POUPANÇA ☐ CONTA CORRENTE

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:

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

AGÊNCIA: [illegible] CONTA: [illegible] AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a seguradora [illegible]

INVALIDEZ PERMANENTE

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

☒ Declaro, [illegible]

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região [illegible]
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido

[illegible]

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado/Unido ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima

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

28 - [illegible] ☐ Sim ☐ Não 29 - [illegible] 30 - [illegible] ☐ Sim ☐ Não 31 - [illegible] ☐ Sim ☐ Não 32 - Se a vítima tem filhos, informar [illegible] ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a seguradora [illegible]

NÃO ALFABETIZADO

34

35 - Nome legível de quem assinou a pedido da vítima

36 - Nome legível de testemunha a pedido da vítima

37 - Assinatura de quem assinou a pedido da vítima

TESTEMUNHAS

33 - 1ª Nome

CPF

Assinatura da testemunha

34 - 2ª Nome

CPF

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data

41 - Assinatura do beneficiário declarante

Assinatura do Representante Legal do Declarante

CELPE

UPA24H - UPA IMB RIBEIRA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo MANCHESTER V2

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

Nome Paciente: [illegible]
Cod. Paciente: [illegible]
Data de Nascimento: [illegible]
Sexo: [illegible]
Idade: [illegible]
Senha: [illegible]
Convenio: [illegible]
Atendimento: [illegible]
SAME:

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

LARA - A - MUITO URGENTE

[illegible] ANANIA

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

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

Data Impressão: 04-12-2019 10:05

[illegible]

[illegible]

Prescrição: 1630862 Data: [illegible]
Usuário: JORGEFAS
Atendimento: 1160356 Dt Nasc: [illegible]
Convênio: SUS AMBULATORIO
Paciente: 282289 - THAIS DA SILVA MARQUES
Peso: Altura: Sup. corpórea:
Internação: 02/12/2018 21:[illegible] Dias: [illegible]
[illegible]

2ª VIA

Classificação de Risco:MUITO URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS, DIPIRIDINA

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

EXAMES IMAGEM

[illegible]

UP - IMBIRI - BA

Prescrição : 153086 Dat 02/12/2018 [illegible]
Usuario : JORGEFAS
Atendimento: 1165366 Dt Atse [illegible]
Convenio : SUS AMBUL FORA
Paciente : 262289 - THAIS [illegible]
Posto : Altura Sus Imperial
Internação 02/12/2018 21:[illegible] Dieta [illegible]

2ª VIA

Classificação de Risco:MUITO URGENTE

Alergias NEGA ALERGIAS DIPIRONA

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

PROCEDIMENTOS MEDICOS

[illegible]

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

2ª VIA

Usuário: JORGEFAS
Atendimento: 1165366
Convênio: SUS - AMBULATORIO
Paciente: 282380 - INAIS DA SILVA
Peso: Altura: Sup.
Internação: 02/12/2018 21:

Classificação de Risco:MUITO URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS DIPIRONA

PRESCRICAO MEDICA

MEDICAMENTOS

Prescrição: 1630866 Data: [illegible]
Usuário: JORGEFAS
Atendimento: 1165366 [illegible]
Convênio: SUS - AMBUL (TOPIC
Paciente: 287269 THAIS DA SIL[illegible]
Peso: Altura: Sup. Corporal:
Internação: 02/12/2018 21 [illegible]

2ª VIA

Classificação de Risco:MUITO URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS DIFICIL

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

PROCEDIMENTOS MEDICOS

- OBSERVAR, COMUNICAR E ANOTAR ALTERAÇÕES
  OCI: nível de consciência
  padrão respiratório
  [illegible]
  [illegible]

[illegible]

UPA 24h

[illegible] DE ALTA

[illegible]

IDENTIFICAÇÃO

[illegible]

DIAGNÓSTICO

[illegible]

CONDUTA DE ALTA

[illegible]

[illegible]

[illegible] MARCELLE MULHERNA ALMEIDA [illegible]

[illegible]

HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

Atendimento: 480199 Senha da Classificação: [redacted]

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

Paciente: 111487 THAIS DA SILVA MARQUES Sexo: FEMININO

Data do Nascimento: 19/01/2002 Idade: 17 anos Convenio: Z SUS/SIA AMBURG

Nome da Mãe:: MARIA APARECIDA DA SILVA Nome do Pai: EDMILSON MARQUES

Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA CRM: 17726

Endereço: RUA ITAITUBA -- 280 Bairro: PRAZERES

Cidade/UF: JABOATAO DOS GUARARAPE PE Usuário Atendimento: JOSEASF

RG (Identidade): 10594396 SDS PE Data de Emissão: 13/05/2011

CPF (Cadastro de Pessoa Fisica): Fone: 87396656

Cartão SUS: 700008419595408 Data de Emissão CRN:

[redacted]

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso _____ Altura _____ Temperatura _____ Hora _____

Queixa Principal

Problema de pressão após picada de abelha em região de tornozelo (E)

Exame Fisico

(1) edema/dor local

(2) Pressão (+)

(3) Glasgow 15

Hipótese Diagnostico

Erisipela em tornozelo (E)

Conduta Terapeutica

Medicar

Prescrição Médica

(1) Dipirona 1g (+) Cimetidina 300 ampola / 10 ml

(2) Fica pela ok

(3) [illegible]

Carimbo e Assinatura do Médico

ATENDIDO

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

[redacted]

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:	

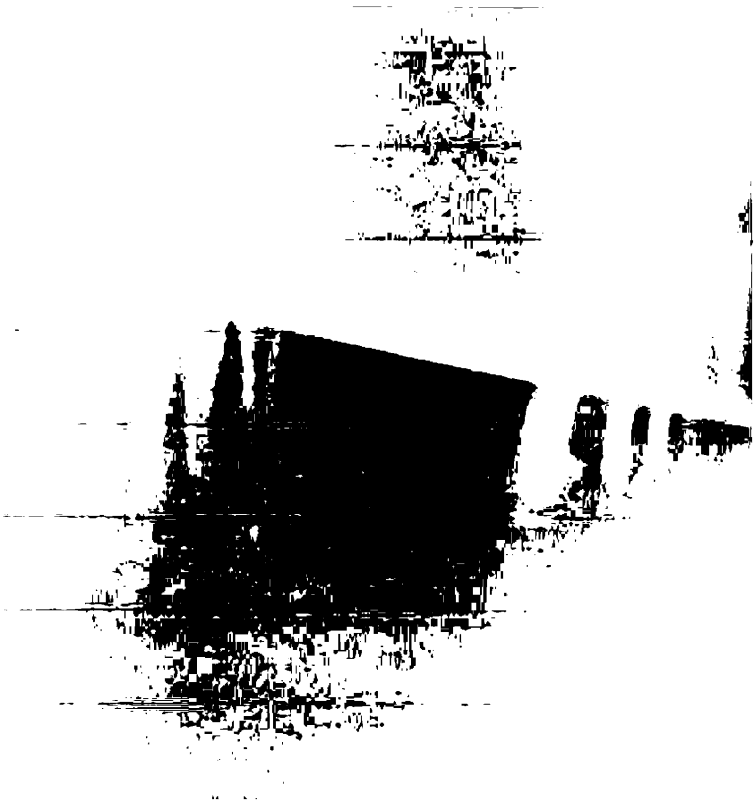
Período: 25/01/2019 01:02 - 25/01/2019 01:03

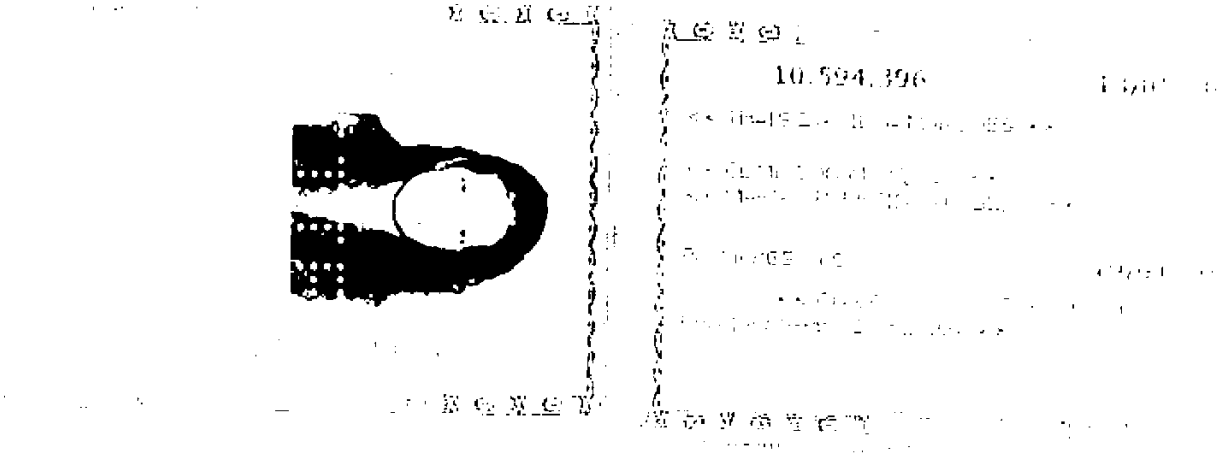
ANGELICA CAVALCANTI CARVALHO DA SILVA - COREN: 11190 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação [redacted]

Prioridade	[redacted]
Cor	[redacted] VERDE
Queixa Principal	PACTE REALIZOU CIRURGIA ORTOPEDICA EM TORNOZELO ESQUERDO HA 1 MES 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





Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO (CPF)

Número
145.991.324-89

Nome
[illegible] DA SILVA MARQUES

Nascimento
[illegible]

Seguradora **LÍDER**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1 - Nº do sinistro (DAMS) | 2 - CPF da vítima | 3 - Data e hora do acidente

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

DADOS CADASTRAIS

4 - Número do PIS | 5 - CPF

6 - Nome completo | 7 - Sexo | 8 - Estado civil | 9 - Data de nascimento

10 - Nome da mãe | 11 - Nome do pai

12 - Endereço | 13 - Nº | 14 - Complemento | 15 - Bairro | 16 - Cidade | 17 - UF | 18 - CEP

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, [illegible] (ANEXAR CÓPIA)

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECEBO INFORMAL ☐ [illegible] ☐ [illegible]
☒ SEM RENDA ☐ [illegible] ☐ [illegible]

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

☒ CONTA POUPANÇA ☐ CONTA CORRENTE

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:

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

AGÊNCIA [illegible] CONTA: [illegible] AGÊNCIA CONTA:

Nome do titular da conta | Nome do titular da conta | Nome do titular da conta | Nome do titular da conta

Autorizo a seguradora [illegible]

INVALIDEZ PERMANENTE

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

☒ Declaro, [illegible]

- Não há IML que atenda a região do sinistro ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região [illegible]
- O IML que atende a região do sinistro ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido

[illegible]

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado/Unido ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima

25 - Grau de Parentesco com a vítima | 26 - Vítima convivia com companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a) informe o nome completo

28 - Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não | 29 - Se a vítima deixou filhos informe: Nome | Nº de filhos | 30 - Vítima deixou filhos menores de 16 anos? ☐ Sim ☐ Não | 31 - Vítima deixou filhos inválidos? ☐ Sim ☐ Não | 32 - Se a vítima deixou filhos informe: Nome | Nº de filhos | Vítima deixou filhos inválidos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a seguradora [illegible]

NÃO ALFABETIZADO

☐

[illegible]

TESTEMUNHAS

33 - 34 - Nome

CPF

Assinatura da testemunha

35 - 36 - Nome

CPF

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data

41 - Assinatura do beneficiário declarante

Assinatura do Representante Legal do Beneficiário

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

BOLETIM DE OCORRENCIA Nº **19E0109008471**

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) [illegible]
2/12/2018 às **20:30**

[illegible] **ESTRADA DA BATALHA, 01** Bairro: **PRAZERES JABOATAO DOS GUARARAPES PERNAMBUCO BRASIL** - Ponto de Referencia: **ARMAZEM CORAL**
Local: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência

[illegible]
RENATO RICARDO DA SILVA - TESTEMUNHA
THAIS DA SILVA MARQUES - VITIMA

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência

[illegible] 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: **EDMILSOL MARQUES** Data de Nascimento: **19/1/2001** Nat. Natural: **PALMARES PERNAMBUCO BRASIL** Documento: **10594396 SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º GRAU INCOMPLETO**
Endereço Residencial: **RUA ITAITUBA, 260, JARDIM PRAZERES - CEP: 55000-000 - Bairro: PRAZERES - JABOATAO DOS GUARARAPES PERNAMBUCO BRASIL**

RENATO RICARDO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Nat. Natural: **NAO INFORMADO PERNAMBUCO - BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantao) - Sexo: **Masculino** Nat. Natural: **NÃO INFORMADO PERNAMBUCO BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) [illegible] **RENATO RICARDO DA SILVA** [illegible] **RENATO RICARDO DA SILVA**
[illegible] **MOTOCICLETA HONDA CG 160 TITAN KS** [illegible] **Não** [illegible] **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

[illegible] **PCH9543** [illegible]

Complemento / Observação

INFORMA A QUEIXOSA QUE TRAFEGAVA NA GARUPA DA REFERIDO MOTOCICLETA CONDUZIDA PELO O SR 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 VARIAS 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 19°CIRC.

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

THAIS DA SILVA MARQUES
(VITIMA)

Registrado por: **ALDECLIN SANTOS DA SILVA** Matrícula **1529480**

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0205818/19

Vítima: THAIS DA SILVA MARQUES

Data do acidente: 02/12/2018

CPF: 145.991.324-89

CPF de: Próprio

Titular do CPF: THAIS DA SILVA MAROUES

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

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

Data do acidente: 02/12/2018

CPF: 145.991.324-89

CPF de: Próprio

Titular do CPF: THAIS DA SILVA MAROUES

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

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

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

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

Seguradora LIDER

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

Laudo do IML - Lesões corporais

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 POLICIA DA 019A. CIRCUNSCRICAO - PRAZERES
Ofício nº. 045v 2019 Data 10 / 4 / 2019
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLICIA DA 019A. CIRCUNSCRICAO - 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 , JABOATAO 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 bimaleolar do tornozelo esquerdo, com excelente resultado funcional. Padrão de marcha normal sem claudicações. Sem atrofias musculares. 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(ª). CICERO HELENO ALBUQUERQUE FEITOSA - CRM 11253.

Perito responsável

Maria Aparecida da Silva
480114
27.05.2017

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
10 ABR. 2019
09:50
Ricardo Miranda de Santana
Assistente em Gestão Pública
Mat. 263.180-6

Informa a noticiante que sua filha sofreu um acidente de transito, quando encontrava-se na garupa de uma motociclet. 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

Data do acidente: 02/12/2018

CPF: 145.991.324-89

CPF de: Próprio

Titular do CPF: THAIS DA SILVA MARQUES

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 17/06/2019	Data do cadastramento: 17/06/2019
Nome: THAIS DA SILVA MARQUES	Nome: Cristina Limeira Alves
CPF: 145.991.324-89	CPF: 041.380.364-31
THAIS DA SILVA MARQUES	Cristina Limeira Alves

Seguradora LÍDER

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: 02/12/2018 | 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)
- ☐ 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: thaisdesilva.668@gmail.com | Tel.: (21) 98633-5075

Data: 05/06/2015 | Assinatura: Thaís de Silva Marques

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto):

Atendente: _____ | Matrícula: 8503 1135

Data: 06/06/19 | 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

Data do acidente: 02/12/2018

CPF: 145.991.324-89

CPF de: Próprio

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

308

CARIMBO
Correios Guarapari
1 DEZ 2019
PRECIF

CORREIOS
PEso (kg) 1,0
SEDEX
10
SB 01124528 7 BR

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

Documentação medico – hospitalar

HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA

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:** IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA **CRM:** [redacted]
Endereço: RUA ITAITUBA – 260 **Bairro:** PRAZERES
Cidade/UF: JABOATAO DOS GUARARAPE 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 quadro de artralgia
refere dor em tornozelo esquerdo

Exame Físico
BEG LOTE 4A
desorientada ate TNC esq
pele e mucosa
normais

Hipotese Diagnostico
Indício de provável LOT

Conduta Terapeutica
Internado

Prescrição Médica
1

Carimbo Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR
UNIDADE:
LEITO DO PACIENTE:

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Paciente: 0000282289 THAIS DA SILVA MARQUES
Nascimento: 19/01/2002 17 Anos 2 Meses 15 Dias Sexo:
Atendimento: 01165366 Data Atendimento: 02/12/2018 21:15

IPAS
Instituto Pernambucano de Assistência e Saúde

Queixa Principal / História

paciente com relato de entorse de tornozelo dreto 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
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 O²
			18					

IPAS

UPA IMBIRIBEIRA
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Emitido por:MARCELLOJCS
Em: 03/04/2019 10:14

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 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**

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

Dr. Marcello Silva

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs

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

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] 21:23
|-> ATADURA GESSADA 20CM X4,0M BRANCA	3	UN				
|-> ATADURA CREPE 15CM X 4,5M 11FIOS	7	UN				

UPA IMBIRIBEIRA
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Emitido por:MARCELLOJCS
Em: 03/04/2019 10:14

2ª VIA

Rubrica do Responsável

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 Ciclo..: /
Diagnóstico:
Protocolo...:
Classificação de Risco:M.URG

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 (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
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Emitido por:MARCELLOJCS
Em: 03/04/2019 10:14

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 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 **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.: nivel de consciência padrão respiratório débito urinário sinais vitais	1					[02/12] 21:24

ISPIAS
Dr. Marcello Silveira

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

IPAS

TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Nome doPaciente: 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: S569279

Transporte: O Ambulância Básica O Ambulância Avançada O Próprio

☐ AcompanhamentoMédico

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

Avenida Marechal Mascarenhas de Morais - 4223 - Imbiribeira - Recife-PE - CEP: 51150-004 - Tel. (81) 3184-4328

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs

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:

Dr. Marcello Silveira

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

IPAS

TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Nome doPaciente: 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: O Ambulância Básica O Ambulância Avançada O próprio

☐ AcompanhamentoMédico

Observação: paciente com relato de entorse de tornozelo esquerdo hoje evoluiu com [illegible]re edema.
raio x: fratura de tornozelo esquerdo

Recife, 02 de Dezembro de 2018

Jorge Ferraz
Ortopedia Traumatologia
CRM-PE 24.967

Médico: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA
CRM: 24967

HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 470624 **Data e Hora do Atendimento:** 03/12/2018 00:44
Usuário do Atendimento: JOSEASF **Convênio:** SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: THAIS DA SILVA MARQUES **Prontuário:** 111487
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:** 10594396 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 clinicos e cirurgicos (intervenção cirurgica, anestesias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstistico, 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: melhorado
Diagnostico: Fratura maleolo lateral esq
Procedimento: Redução + parafuso
Alta em: 5 / 12 / 18 **Hora:** 10:00
Médico e C.R.M:
Responsável pela retirada do paciente - Nome:
Assinatura e R.G:

Dra. Hadassa S. Figueiredo
CRM PE 10287

HDH - Hospital Dom Helder Câmara
Solange Lyra
Faturamento / SAME
Em: 07 DEZ 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: 111487
Leito de origem: 404-2

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: TTE Fratura de TNZ E
Tipo de anestesia: Raqui
Equipe: Dr. Reinaldo Anestesista: Dra Ana Lucia

3. Admissão

Estado geral: ( ) Bom (X) Regular( ) Torporoso ( ) Grave°
Respiração: (X) Espontânea ( ) Assistida não invasiva ( ) Entubado ( ) Traqueostomizado
Sonda: ( )SVD ( )SNG ( ) SNE
Acesso Venoso Periférico: ( ) Não (X)Sim Onde: MSE
Acesso Venoso Central: (X) Não ( ) Sim Onde:
Drenos: ( ) não ( ) sim Onde:
Sinais vitais: PA: 109 x 55 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
	13:15	13:30	14:00	14:30	15:00	
PA	103x56	103x58	98x51	107x67	103x55	
FR	—	—	—	—	—	—
FC	93	77	69	100	100	
SaPO2	99%	97%	98%	99%	98%	
Glasgow	—	—	—	—	—	—

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA 15:00 sem queixas Aldrete: 10

Sinais vitais: PA: 103x55 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. Reinaldo

CÓD. 38398

HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: Thais da Silva marques Data: 04 / 12 / 18 Registro: [redacted]
Convênio: SUS Leito: 404-2 Hora: 11:15

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr Reinaldo 1º auxiliar: —
Anestesista: Dr Maria Laíse Instrumentador: Izabel
Circulante: Quintino

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
Lep + capote Pinto de foco Mota	03.03.193[illegible]9 STEAM 15.12.18 02	
faixa de Esmarch Aladine ex 3,5 Prosmed	HDH CME → bioMe SS [redacted] 1.12.18 02 STEAM 3.02.1[illegible]	
fio de lendosem 0,6um	HDH bioME black FG [redacted] 03.12.18 02 STEAM 10.12.183554	
	09.12.183550 STEAM 02.12.18 02 HDH CME black FG	
	HDH bioME black SBS [redacted] 3[illegible].11.18 01 STEAM 0[illegible].12.193[illegible]4	
	HDH bioME black SS [redacted] 3[illegible].10.18 01 STEAM 30.01.193341	

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

		DATA:	4-12-18
PACIENTE:	Thais da Silva [illegible]	RG:	111487
CIRURGIÃO:	Dr Reinaldo	AUXILIAR:	—
ANESTESISTA:	Dr [illegible]	ANESTESIA:	Dr [illegible]
CIRURGIA:	Pós cirurgia [illegible] de TNZ E		
ESTRUMENTADOR:	Szehel	COORDENAÇÃO DO BLOCO:	[illegible]
CIRCULANTE:	Quintino	COREN:	
ENFERMEIRA:	Thais	HORÁRIO INICIAL: 11:50	HORÁRIO FINAL: 12:40

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.	BS. 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 8	KHER 10	KHER 12	KHER [redacted]
KHER 18	SUCÇÃO 3,2	SUCÇÃO 4,8	SUCÇÃO [redacted]
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 [redacted]
NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL [redacted]
URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL [redacted]
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20

FIOS CIRÚRGICOS			
ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDÍACA
CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 2
PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	CERA P/OSSO	MARCAPASSO	VALVEKIT [redacted]
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL [redacted]
SURGIGEL 5X75	AÇO 1	AÇO 4	AÇO 5 [redacted]

CÓD. 38407

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

MEDICAMENTOS DA SALA CIRURGICA

DESCRIÇÃO MEDICAMENTO USADO EM SALA	QUANTIDADE
ÁGUA BIDESTILADA C/10ML	
ÁGUA BIDESTILADA C/500ML	
ALFENTANIL 0,5MG/5ML	
ATRACURIM 25MG/2,5ML	
ATROPINA 0,25 MG/1ML	
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% C/10ML	
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% C/250ML	
BUPIVACAINA C/ADRENALINA 0,5% C/20ML	
BUPIVACAINA ISOBARICA 0,5% C/4ML	
BUPIVACAINA PESADA 0,5% C/4ML	
BUPIVACAINA S/ADRENALINA 0,5% C/20ML	
CEFALOTINA 1G IV/IM	
CEFAZOLINA 1G IV	
CEFTRIAXONA 1G IV	
CETOPROFENO 100MG IV	
CIPROFLOXACINA 200MG/100ML	
CLONIDINA 150MCG/1ML	
CLONIDINA 150MCG/1ML	
CLORETO DE POTASSIO 10% C/10ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/1000ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/100ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/250ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/500ML	
DEXAMETAZONA 4MG/2,5ML	
DEXTROCETAMINA 10ML (CETAMINA S+)	
DIAZEPAM 10MG/2ML	
DIFENIDRAMINA 50MG/1ML	
DIPIRONA 500MG/2ML	
DOBUTAMINA 250MG/20ML	
DOPAMINA 50MG/10ML	
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	
GILCOSE 5% C/500ML	
GLICOSE 50% C/10ML	
GLUCONATO DE CÁLCIO 10% C/10ML	
HEPARINA SÓDICA 5.000UI/ML C/5ML	
HIDROCORTISONA 500MG	
IPSILON 4G C/20ML	
LIDOCAINA 2% C/ADRENALINA C/20ML	
LIDOCAINA 2% S/ADRENALINA C/20ML	
LIDOCAINA 2% GEL	
MANITOL 20% C/250ML	
METARAMINOL 10MG (ARAMIN)	
METIL PREDNISOLONA 500MG	
METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML	
METOPROLOL 5MG/5ML (SELOKEN)	

DESCRIÇÃO MEDICAMENTO USADO EM SALA	QUANTI[redacted]
METRONIDAZOL 5MG/100ML	
MIDAZOLAM 5MG/3ML	
MILRINONA 1MG/20ML (PRIMACOR)	
MORFINA 0,2MG/1ML	
MORFINA 10MG/1ML	
MORFINA 1MG/2ML	
NALOXONA 0,4MG/1ML	
NEOMICINA + BACITRACINA POMADA	
NEOSTIGMINA 0,5MG/1ML	
NIPRIDE 25MG/2ML	
NORADRENALINA 4MG/4ML	
OMEPRAZOL 40MG IV	
ONDASETRONA 8MG/4ML	
PANCURONIO 2MG/2ML	
PAPAVERINA 50MG/2ML	
PETIDINA 50MG/2ML	
PROPOFOL 10MG/20ML	
PROTAMINA 1% C/5ML	
REMIFENTANIL 2MG (ULTIVA)	
RINGER C/LACTATO 500ML	
RONCURONIO 50MG/5ML	
SEVOFLURANO 100ML	
SOLUÇÃO CARDIO PLEGICA C/10ML	
SULFATO DE MAGNESIO 50% C/10ML	
SULFENTANIL CITRATO 5MCG/2ML	
SUXAMETONIO 100MG	
TRAMADOL 50MG/1ML	
TRIGLICERIDEOS CADEIA (TCM) 200ML	
VITAMINA C 500MG/5ML	
VOLUVEN 6% C/500ML	

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

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

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

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES
Registro: 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: JABOATAO DOS GUARARAPES
CNS: 700006419595408

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- [x] Confirmação sobre o paciente
  - Identificação do paciente
  - Local da cirurgia a ser feita
  - Procedimento a ser realizado
  - Consentimento informado realizado
- [x] Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
- [x] Checagem do equipamento anestésico
- [x] Oxímetro de pulso instalado e funcionando

O paciente tem alguma alergia?

- [ ] Não
- [x] Sim Dipirona

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

- [x] Não
- [ ] Sim e há equipamento disponível

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

- [x] Não
- [ ] Sim e há equipamento disponível

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- [x] Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
- [x] 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:

- [x] Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? Redução do fêmur
  Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? 1:00 / sem
- [x] Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente?
- [x] Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? sim

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- [x] Sim
- [ ] Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

- [x] Sim
- [ ] Não se aplica

Rx

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- [x] 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. cirúrg. frat. TNZ

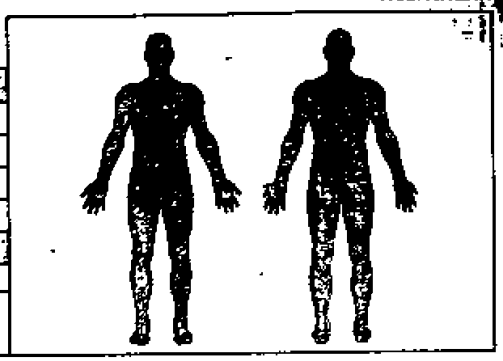
Thais
477 657
Enfermeira

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

Data: 04 / 12 / 18 Hora: 06:00



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Tauã da Silva Emagum	
Data de Nascimento: __/__/__	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 ( )	LABORATORIAL:	SIM ( ) NÃO( )
	TAC s/ Contraste ( ) RNM( ) CATE ( )	Observação:	
PARECER CARDIOLÓGICO:	SIM ( ) NÃO(X)	Risco Cirúrgico:	
RESERVA DE HEMODERIVADOS:	SIM ( ) NÃO(X)	GRUPO SANGUINEO:	
RESERVA DE LEITO DE UTI:	SIM ( ) NÃO(X)	Qual?: UTI:	LEITO:

ALERGIA

SIM ( ) QUAL:

NÃO (X) OBSERVAÇÃO:

ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO

SIM ( ) QUAL:

NÃO ( ) OBSERVAÇÃO:

SIM ( ) QUAL:

NÃO ( ) HORÁRIO DA ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO:

USO DE SONDAS

SNE ( ) SNG( )

SVD( )

Outra:

DRENO

SIM ( ) NÃO ( )

Qual:

Local:

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE

JEJUM:	SIM (X) NÃO( )	À partir do dia: __/__/__ às :	Observação:
HIGIENIZAÇÃO:	SIM (X) NÃO( )	Observação:	
TRICOTOMIA:	SIM ( ) NÃO( )	Observação:	
RETIRADO ADORNOS:	SIM (X) NÃO( )	RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA:	SIM ( ) NÃO( )
CIRURGIAS ANTERIORES:	SIM ( ) NÃO( )	Quais/Datas:	
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE:	SIM ( ) NÃO( )	Quais/Datas:	
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:	SIM ( ) NÃO( )	Observação:	LATERALIDADE DEMARCADA: SIM ( ) NÃO( ) Observação:

Enfermeiro Responsável: _____

(Assina e Carimbo)

COD. 38404

IMIP HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

IMIP - Hospital Dom Helder Camara
BR 101 Sul Km 28 S/N
Cabo de Santo Agostinho - PE
CEP: 54510-000

PERNAMBUCO cerpe DIAGNÓSTICOS

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/Responsavel :**NI

GLICEMIA

Resultado	Valor de Referência:
102 mg/dL	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	Valor de Referência:
3,1 mg/L	Até 5,0 mg/L

Material: SORO Método: IMUNOTURBIDIMETRIA

DRA. CLARISSA MOREIRA CARVALHO
BIOMÉDICA
CRBM: 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 Tavares 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

IMIP HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

IMIP - Hospital Dom Helder Camara
BR 101 Sul Km 28 S/N
Cabo de Santo Agostinho - PE
CEP: 54510-000

PERNAMBUCO cerpe DIAGNÓSTICOS

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/Responsavel** :NI

HEMOGRAMA

Resultado Atual			Resultados Anteriores (Laudo Evolutivo)			Valor de Referência Homens	Valor de Referência 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** /uL	—	—	—	100 %	3500 - 11000 /uL	
Neutrófilos	**82,6** %	**11068** /uL	—	—	—	50 - 70 %	2500 - 7000 /uL	
Eosinófilos	**0,8** %	**107** /uL	—	—	—	1 - 6 %	100 - 600 /uL	
Basófilos	**0,4** %	**54** /uL	—	—	—	0 - 2 %	0 - 200 /uL	
Linfócitos	**11,4** %	**1528** /uL	—	—	—	20 - 30 %	1000 - 3000 /uL	
Monócitos	**4,8** %	**643** /uL	—	—	—	2 - 12 %	100 - 800 /uL	
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 Cientificalab 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

DRA. CLARISSA MORETRA CARVALHO
BIOMÉDICA
CRBM: 4000

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 Peixinhos 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: 01/12/18 | Acomodação:

Paciente: THAÍS DIAS SILVA MARQUES | Sexo: F | Cor: Pd | Idade: 16 | Risco:

CRM: [illegible] | Nome do Anestesista: [illegible] | Nome do Cirurgião: [illegible]

Medicação Pré-anestésica: RGO: 111487 | Urgência: NÃO

Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura de Tornozelo

Horário	11:30	12:30
O_2		
N_2O		
Fluidos	1500	500
SaO_2	99	99
$ETCO_2$		
ECG		
PA	95	95

Anotações: Garrotejamento de MIE: Início: 11h35min Fim: 12h40min

Drogas Usadas	Quantidade
midazolam	5mg
fentanil	50mcg
dipirona sód.	1500mg
morfina	60mg
cefazolina	2g
dexametasona	10mg
cetoprofeno	100mg

Técnica Anestésica: Sedação + Raquianestesia: paciente sentado, assepsia + antissepsia, traço lombar, punção mediana L3-L4 com agulha nº 27 de Quincke, LCR límpido

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

Encaminhado: ☒ Acordado ☐ Sonolento ☐ Intubado

Destino: ☒ SRPA ☐ Apart/Enf. ☐ UTI ☐ Externo

Intercorrência: ☒ NÃO ☐ SIM

Descrever:

Observações: - Nega comorbidades
- Relata alergia a dipirona

Assinatura do Anestesista

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
BLOCO CIRÚRGICO - SRPA

IMIP HOSPITALAR

Nome: Thais da Silva	Registro: 111 487	Leito:
Procedimento cirúrgico: Trat. cirúrg. fist. TN2 E	Data: 04/12/18	Hora:

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: TO ( ) 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	
5. Integridade tissular prejudicada (✓)	( ) Descrever características da lesão	
	( ) Realizar curativo a cada___/___h	
	(✓) Realizar mudança de deúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação	
	( ) Medir débito de dreno de___/___h	
	(✓) Manter curativo oclusivo por 24h	
	( ) Outros	
6. Sangramento (✓) Local: TO ( ) 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 (Tracionado)	
	(✓) Manter repouso no leito em posição:	

CÓD. 38605

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 35ºC ou acima de 37ºC	
	( ) 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	

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Thais da Silva Marques Data: 4-12-18 Hora: 11:15 Registro: 111487
Convênio: SUS Leito: Peso: Altura:

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Raimundo Anestesista: Enc Ana
Auxiliar: – 2º Auxiliar: – Instrumentador: Izabel

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Pac Puerpera Pós Op de ATB E Início: 11:50 Término: 12:40
Anestesia: Raqui + Sedação Início: 11:30 Término: 12:50

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

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

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 CEC Aspirador ( )
Colchão Térmico ( ) Bisturi Ultrassônico ( ) Artroscópio ( ) Microscópio Capnógrafo ( )
Bisturi Elétrico ( ) Local da Placa
Carro de Anestesia ( ) Difusor ( ) Intensificador ( )
Ap. Vídeo ( ) Bomba de Infusão ( ) Nº ( )
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: Dejur no membro de penetro
CIRURGIA: Dejur no membro de penetro

6 - OBSERVAÇÕES: Início do garrote às 11:35 até as

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: Acordado (✓) Narcose ( ) Entubado ( ) Traqueostomizado ( )
Encaminhado para: SRPA (✓) S. Intensiva ( ) LICOR ( ) UTI ( ) Apt° ( ) Residência ( )

Data: 4-12-18 Hora: 13:00 Enfermeira: Thais Circulante: Wanilo

517777

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 [redacted]
Cor:	[redacted] 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 DIPIRONA
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

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Paciente: 0000282289 THAIS DA SILVA MARQUES
Nascimento: 19/01/2002 16 Anos 10 Meses 13 Sexo:
Atendimento: 01165366 Data Atendimento: 02/12/2018 21:15

IPAS
Instituto Pernambucano de Assistência e Saúde

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

Eu, , portador da identidade nº OE: , na qualidade de: ☐ paciente ☐ responsável (grau de parentesco): declaro que fui devidamente informado pelo medico(a) Dr.(a) , sobre os riscos decorrentes da interrupção/abandono do tratamento médico-hospitar. 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 [illegible] motivo ☐ não desejar a conclusão do atendimento ☐ dar continuidde ao procedimento e/ou tratamento no Hospital [illegible] 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 atendim[illegible] ou procedimentos propostos e de deixar as dependências do hospital, após amplo esclarecimento das possíveis consequências e risco[illegible] atitude.

[illegible]ágrafo Primeiro - A alta a pedido não constituiu ato que tenha sido indicado ou [illegible] equipe médica, mas sim um ato livre e [illegible]erano da autonomia do paciente, atendido o disposto no Termo de Responsabilida[illegible].

[illegible]arágrafo Segundo - O exercício, por parte do paciente, deste seu direito, a partir [illegible] que deixar o hospital, isenta o médico e a Instituição da responsabilidade por quaisquer consequências adversas à saúde [illegible]nadas a esta alta.

Artigo2º - Cabe ao médico, com apoio da equipe multiprofissional, explicar em [illegible] acessível ao doente, o diagnóstico, suas condições clínicas, possibilidades terapêuticas e as consequências da interrupção da [illegible], especificando possíveis ris cos e danos.

Artigo 3º - Alta a pedido não se constitui em impeditivo para o paciente [illegible] Instituição.

I - REGISTRO DA EQUIPE ASSISTENCIAL:

Esclarecimento prestados ao paciente pela equipe :

Cliente do meu estado de saúde, riscos consequê[illegible] conteúdo disposto neste Termo de Responsabilidade.

Recife, 02 de Dezembro de 2018

Assinatura do paciente / responsavel

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

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

Pernambuco

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: Thais Silva Marques Registro: _____ Nº Atendimento: 111487

Idade: _____ Sexo: F Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: ( ) Sim - (✓) Não

Clínica: ONCO Enfermaria: TRO Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração: Acidente automobilístico

História da Doença Atual: Paciente refere acidente automobilístico há 1 semana tornozelo esquerdo

Interrogatório Sintomatológica: Dor em tornozelo esquerdo

Exame Físico: BEG LOTE ANA
Pele urbano
Neurologico (-)
Dor à palpação abdomen (+)

Antecedentes Pessoais: Nega

Medicações em Uso Nega

Antecedentes Familiares: Nega

Hipótese Diagnóstica Principal: Hérnia de disco lateral (B)

Hipóteses Diagnósticas Secundárias:

Plano Terapêutico: (1) Infusão
(1) Ho zaqueo
(5) Sol Fer 3x7 04/2

Cabo de Santo Agostinho, 31/1/08

Assinatura e Carimbo

Dra. Maria S. de Almeida Valão
Pediatra
CREMEPE 13 CRM-PB 10267

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

Pernambuco

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Thais da Silva Marques **Registro:** 111487

Clínica: _____ **Enfermaria:** Verde 1404-02 **Leito:** _____

Data/Hora	Serviço Social
09/12/18	Visitei a ficha social. Paciente vivendo com a genitora (trabalha) e irmã (estudante). Família estável e é assistida pela atenção básica de saúde. Orientações sobre Nome e vínculo, PPD e direitos da criança e do adolescente.

Hospital Dom Helder Câmara - HDH
Tacylla Simões Xavier
Assistente Social
CRESS/PE 6583

Tacylla Simões Xavier
Assistente Social
CRESS/PE 6583

Solange Lyra
Faturamento / SAME

Pernambuco

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome:_____ Registro:_____

Clínica: _____ Enfermaria:_____ Leito:_____

Data/Hora	

Pernambuco

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Thaís da Silva Marques **Registro:** 11.1487

Clínica: MO **Enfermaria:** OMO **Leito:**

Data/Hora	
	HAdmissão
3.12.18	
2:29	Paciente admitido devido à fratura de fêmur (D) após queda local
	Ao exame: BEG LOTE SAA
	Dor à palpação de MIE (D)
	Cd. mole
	ttO aqui
	Tel. ok
	Dra. Mariana S. de Almeida Assolio CREMPE 26413 CRM-PB 10287 Médica
03/12/18 9h	HTTO H
	Paciente estável e sem queixas
	Aguarda programação cirúrgica.
	Vinicius S. Gomes Médico CRM 25683-PE
4.12.18	HOMTOROD19
	10h
	Paciente com estado geral conservado SI queixas
	FO pesa e limpo
	Alto Omozam
	Dra. Mariana S. de Almeida Assolio CREMPE 26413 CRM-PB 10287 Médica

Pernambuco

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome:_____ **Registro:**_____

Clínica: _____ **Enfermaria:**_____ **Leito:**_____

Data/Hora	

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

Página.: 0001
Data.....: 04/12/2018
Hora.....: 14:33

Aviso de Cirurgia : 38980
Paciente : 111487
Convênio Atend. : 1
Leito : 712
Dt. Início :
Cid Pré-Operatório : S828
Cid Pós-Operatório :

Sala : 0004 SALA 04
THAIS DA SILVA MARQUES
SUS - INTERNACAO
404 - 02 - LT TRAUMA
Dt. Fim : 04/12/2018 14:42
FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA

Atendimento : 470624
Carteira :
Idade : 16 Anos

Procedimento: 0408050578 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 86 RAQUI ANESTESIA + SEDACAO

CIRURGIAO 14861 REINALDO MENDES DE CARVALHO
ANESTESISTA 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 ANTISSEPSIA 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

Hospital Dom Helder Camara
Solange Lira
Faturamento / SAME
Em: 07 DEZ 2018

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA

Dom Helder Câmara · Secretaria de Saúde · Pernambuco Governo do Estado · Fundação IMIP

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.

CRM-PE 25113 CRM-PB 10287

HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

FICHA DE CONFIRMAÇÃO DO AGENDAMENTO

Setor: AMBULATORIO DE EGRESSO **Usuario do Agendamento:** MARCELANIA

Paciente: 111487 THAIS DA SILVA MARQUES

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Medico do Agendamento: LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO

Convênio: SIA/SUS - AMBUL/URGEN.EMERG

Tipo de Agendamento:

Data da Agenda: *15/01/2019*

pós 07:30 pr 00:002

PREZADO CLIENTE, AS SENHAS SERÃO 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
SAME:

Documentacao medico - hospitalar

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

Prioridade:	LARANJA - MUITO URGENTE
Cor:	LARANJA
Alergia(s):	- DIPIRONA - .
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 -	.
- DIPIRONA -	.

Dr. Marcello Silveira

Acolhido(a) por: GEISE MARLE DE CASTRO SILVA - COREN: 383282 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)
Data Impressão: 04-12-2019 10:05

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Paciente: 0000282289 THAIS DA SILVA MARQUES
Nascimento: 19/01/2002 17 Anos 2 Meses 15 Dias Sexo:
Atendimento: 01165366 Data Atendimento: 02/12/2018 21:15

IPAS
Instituto Pernambucano de Assistência à Saúde

Queixa Principal / História

paciente com relato de entorse de tornozelo dreto 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
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 O²
			18					

IPAS
Dr Marcello Silveira

UPA IMBIRIBEIRA
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Emitido por:MARCELLOJCS
Em: 03/04/2019 10:14

2ª VIA

Rubrica do Responsável

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 TORNOZELO Ciclo..: /
Diagnóstico:
Protocolo..:
Classificação de Risco:M.URG

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] 21:19

UPA IMBIRIBEIRA
Dr Marcello Silveira

2ª VIA

Rubrica do Responsável

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 Cido..: /
Diagnóstico:
Protocolo..:
Classificação de Risco:M.URG

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 X4,0M BRANCA	3	UN				
|-> ATADURA CREPE 15CM X 4,5M 11FIOS	7	UN				

COPIAS
Dr. Marcello Silveira

UPA IMBIRIBEIRA
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Emitido por:MARCELLOJCS
Em: 03/04/2019 10:14

2ª VIA

Rubrica do Responsável

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 Ciclo..: /
Diagnóstico:
Protocolo..:
Classificação de Risco:M.URG

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 (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				

SMPAS
UPA - IMBIRIBEIRA
RA IV - CS A VILA ... ADE DI SE ... DO SOM. JARDIM
MEDICO ELETRÔNICO
Dr. Marcello Silveira
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA ...

UPA IMBIRIBEIRA
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Emitido por:MARCELLOJCS
Em: 03/04/2019 10:14

2ª VIA

Rubrica do 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. Corporeo:
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

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
4 OBSERVAR, COMUNICAR E ANOTAR ALTERACOES Obs.: nível de consciência padrão respiratório débito urinário sinais vitais	1					[02/12] 21:24

SUPAS
UPA IMBIRIBEIRA
RA IRIS A LUZ DA SAÚDE DE ACORDO COM O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO
Dr. Marcello Silveira

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

IPAS

TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Nome doPaciente: 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: S569279

Transporte: O Ambulância Básica O Ambulância Avançada O Próprio

☐ AcompanhamentoMédico

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
Dr Marcello Silveira

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:

UPAS
Dr. Marcello Silveira

Documentos de identificacao

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
SUPERINTENDÊNCIA DE IDENTIFICAÇÃO PALMARES (PE)PL

FOTO 3X4

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 10.594.396

DATA DE EXPEDIÇÃO 13/05/2017

NOME
<< THAÍS DA SILVA MARQUES >>

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

NATURALIDADE
PALMARES - PE

DATA DE NASCIMENTO
19/01/2002

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

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

15175936816051713517454267

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
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 01393368704

1 | 1139410821 | ********** | 2018

NOME
RENATO RICARDO DA SILVA

JAB GUARARAPES-PE

RENAVAM | PLACA
122 419 164-54 | EC89543

MARCA/MOD. | CHASSI
********/PE | 9C2HC2500JR102736

ESPÉCIE/TIPO | COMBUSTÍVEL
PAS /MOTOCICLETA | GASOLINA

MARCA / MODELO | ANO FAB. | ANO MOD.
HONDA/CG 150 START | 2017 | 2018

CAP. POT./CIL. | CATEGORIA | CODIFICAÇÃO/NATUREZA
2P/162CI | PARTIC | FRETA

IPVA | COTA ÚNICA | VENC. COTA ÚNICA | VENC. COTAS
IPVA 2018 QUITADO | | 1ª ********
2ª ********
3ª ********

FAIXA IPVA | PARCELAMENTO COTAS
1 | **********

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$) | IOF (R$) | PRÊMIO TOTAL (R$) | DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES
AL. FID. BANCO PAN S.A.

LOCAL | DATA
JAB GUARARAPES | 10/02/18

Janice Andrade Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

DUT