

Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190695810 Vítima: LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 03/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois, o formulário não foi entregue.
Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois não foi entregue.

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



Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190695810

Vítima: LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 03/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO

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.**

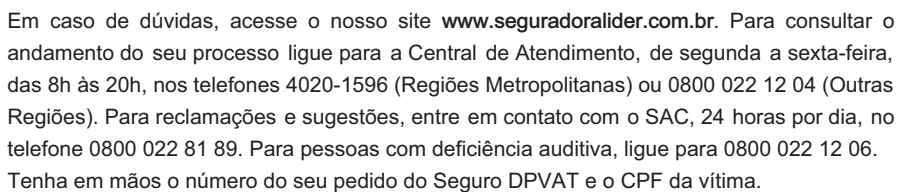
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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



Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190695810

Vítima: LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 03/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003250

Conta: 000000009268-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3190695810 3 - CPF da vítima: 064.689.754-33 4 - Nome completo da vítima: Lucas Francisco do Nascimento

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

5 - Nome completo: Lucas Francisco do Nascimento 6 - CPF: 064.689.754-33
7 - Profissão: Roteiro 8 - Endereço: Rua Vink'e nove 9 - Número: 303 10 - Complemento:
11 - Bairro: Lot. Canaas 12 - Cidade: JPojuca 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.590-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 99140111

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 8250 CONTA: 9268
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JPojuca 30 de Junho de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 042ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPOJUCA - DP42ªCIRC DIM/10ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0132001927**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/10/2019** às **11:14**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **3/10/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE-60, PROXIMO A LIMBADA ELETRONICA - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE IPOJUCA, 1 - Bairro: CENTRO - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

VAGNE DA SILVA OLIVEIRA (AUTOR \ AGENTE)
LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): VAGNE DA SILVA OLIVEIRA

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

LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEFA MARIA DA SILVA Pai: JOSE FRANCISCO DO NASCIMENTO Data de Nascimento: 15/7/1985 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7457157/SDS/PE (RG), 06468975433 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AUTONOMO(A) Telefones Celulares: - 986657090

Residencial: **RUA VINTE NOVE, Nº 101 - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE LOTEAMENTO CANOAS, 101 - CEP: 0 - Bairro: LOTEAMENTO CANOAS - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

VAGNE DA SILVA OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **VAGNE DA SILVA OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **VAGNE DA SILVA OLIVEIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/FACTOR 125 I ED** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **ROXA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PET6242 (PERNAMBUCO/RECIFE)**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/NÃO INFORMADO** Combustível: **GASOLINA**

plemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA O SR LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO COMUNICANDO QUE AO ATRAVESSAR A RODOVIA PE-60, NAS PROXIMADES DA LOMBADA ELETRONICA, QUANDO O CONDUTOR DO VEICULO MOTOCICLETA DE PLACA PET 6242, QUE VINHA NO SENTIDO CENTRO IPOJUCÁ, PORTO DE GALINHAS, QUANDO ACABOU ATROPELANDO O SR LUCAS FRANCISCO, QUE VEIO A SOFRER LESAO CORPORAL E FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DOM HELDER CAMARA NO CABO DE SANTO AGOSTINHO.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial
Lucas Francisco do Nascimento

LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **VALDEMILSON MARTINS NUNES DE SOUZA - MAT 2211173** - Matrícula:
221117-3



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 064.689.754-33 4 - Nome completo da vítima: LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO

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

5 - Nome completo: LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO 6 - CPF: 064.689.754-33
7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: RUA VINTE E NOVE 9 - Número: 101 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: NOSSA SENHORA DO Ó 12 - Cidade: IPOJUCA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55590-000
15 - E-mail: FIRMENO.JURIDICO@GMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (81) 99873-7406

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

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

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

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

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

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

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

AGÊNCIA: 3250 13 CONTA: 00009268 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 (nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha _____

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data, IPOJUCA/PE, 12 DE DEZEMBRO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Lucas Francisco do Nascimento*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03250

CONTA: 000000009268-1

Nr. da Autenticação DD26823C3DEA3A06

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

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



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

DADOS DO CLIENTE MARIA JOSE FERNANDES CPF: 882.531.714-04 NIS: 20605235362	DATA DE VENCIMENTO 05/02/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 123,23	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 29/01/2020 DATA DA APRESENTAÇÃO 29/01/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 094622127	CONTA CONTRATO 004008262697 Nº DO CLIENTE 2001681330 Nº DA INSTALAÇÃO 0001402372
	ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA VINTE E NOVE 101 LOTTO CANOAS/NOSSA SENHORA DO O 55590-000 IPOJUCA PE		
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico			
RESERVADO AO FISCO E992.3E7D.93F0.A2A1.2010.4BBA.5FB9.0903			

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,13645746	4,09
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,23392709	16,37
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	102,00	0,35089063	35,79
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,12556468	3,76
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,21525375	15,06
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	102,00	0,32288062	32,93
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,75
Contrib. Ilum. Pública Municipal			9,48
ICMS Subvenção-CDE-NF 086959820-28/11/19			0,73
ICMS_Subvenção Baixa Renda			1,29
PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-8960 0800 031 8989			0,98
TOTAL DA FATURA			123,23

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS		COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
110,75	25,00	27,68	110,75	0,90	0,99	110,75	4,15	4,59

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,09545200	JAN 20	202
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,16363200	DEZ 19	197
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,24544800	NOV 19	173
Consumo-TE até 30 kWh	0,08783250	OUT 19	216
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,15957090	SET 19	107
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,22585550	AGO 19	91
		JUL 19	243
		JUN 19	213
		MAI 19	160
		ABR 19	191
		MAR 19	269
		FEV 19	263
		JAN 19	271

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000003191933892	CAT	30/12/2019	370,00	29/01/2020	572,00	30	1,00000	0,00	202,00

[DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 27/02/2020]

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
nov/2019					
DIC-No.de horas sem Energia		0,15	5,91	11,82	23,64
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	3,42	6,85	13,70
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,15	3,46	0,00	0,00
Limite DICRI: 12,22					
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 39,34					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NÍVEIS DE TENSÃO	
Pague no ponto mais perto de você! J.J. cesta básica: r mario da costa monteiro 42 centro / supermercado caraiabas: rua do comercio 123 centroLista completa em www.celpe.com.br. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br. Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 51,76 . O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.		TENSÃO NOMINAL(V) 220	LIMITE DE VARIAÇÃO(V) MÍNIMO: 202 MÁXIMO: 231
		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
----------------	---------	--------------------	------------	--------------------

TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

NOME: Lucas Francisco do Nascimento DATA NASC: 15/07/85
REGISTRO: 120847 DATA: 04/10/19 HORA: 10:00
SETOR DE ORIGEM: Vende SETOR DE DESTINO: BC

S	Situação (Enfermagem)	Nível de Consciência: <u>consciente</u> HGT: _____ PA: _____ Pulso: _____ Temp: _____ FR: _____ Oximetria: _____ Padrão respiratório: (☒) Ar ambiente () Suporte de O2 () CatO2 () NBZ () TOT () Traqueo VM () Traqueo NEB Intercorrência nas últimas 24h: _____
B	Base do cenário (médico)	Breve relato do caso: _____ Antibiótico profilático: () Não () Sim Antibiótico terapêutico: () Não () Sim Qual: _____ Horário: _____ Drogas Vasoativas: () Não () Sim Qual: _____ Prognóstico: () Crônico () Não Crônico Nutrição: () Jejum () Dieta _____
A	Análise (Enfermagem)	Dispositivos Invasivos: Cateter central (☒) Não () Sim // SVD (☒) Não () Sim Alergia: (☒) Não () Sim Qual: _____ Hemoderivados: () Não () Sim Qual: _____ Medicação de uso contínuo: _____ Riscos: () LPP (☒) Queda () Fiebre () Outros: _____ Grau de Complexidade: () Crítico () Semi Crítico () Alta dependência () Intermediário () Mínimo
R	Recomendação (Enfermagem)	Exames Laboratoriais: () Coletado () Não Coletado Qual: _____ Exames de Imagem: (☒) Realizado <u>Raxo</u> () Pendente _____ Curativo: (☒) Não () Sim Local: _____ Isolamento: (☒) Não () Sim Qual: _____

Enviado por: Ass. Médico _____ Ass. Enfermeiro _____

Recebido por: Ass. Enfermeiro _____ Hora: _____

Pernanda Siqueira
Enfermeira
COREN 340669

Tipo do documento: TERMO DE CONSENTIMENTO	Número do documento: TER: 001	Emissão: 17/04/2019
Título: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO		Versão número: 001
Responsável pela elaboração: Bruna Melo	Responsável pela aprovação: Dr. André Sansônio	Revisão: 00

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ANESTESIA

Declaro que fui informado(a) quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento anestésico ao qual serei submetido nesta instituição.

Autorizo o médico anestesiológista abaixo identificado, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente cadastrados por esta instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico _____

Declaro ainda que:

a) Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesiológista. A(s) alternativa(s) de procedimento anestésico indicadas para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações me foram explicadas satisfatoriamente.

b) Fui esclarecido de que a anestesia envolve procedimentos invasivos e que podem ocorrer lesões que na maioria das vezes são temporárias. Raramente ocorrem lesões permanentes, mas podem ocorrer, mesmo que o procedimento tenha sido realizado sob o mais rigoroso padrão técnico. Assim como fui esclarecido, também, de que a resposta à administração de medicamentos é individual e que a ocorrência de efeitos colaterais ou indesejados é imprevisível.

c) Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis nesta instituição.

d) Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anestesiológista sobre doenças pré-existentes, os medicamentos em uso, cirurgias realizadas, complicações anestésicas e reações alérgicas anteriormente apresentadas e, também, sobre o tempo decorrido de jejum (desde a última refeição/ingestão de líquidos).

e) Fui informado(a) pela equipe médica de que o tabagismo, o uso de drogas entorpecentes, tais como cocaína, maconha, anfetaminas, e outras como o álcool são fatores que podem trazer prejuízo ao procedimento e/ou tratamento. Fui informado, também das complicações que podem advir do uso destas substâncias.

Confirmando que recebi explicações, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse.

☐ PACIENTE / ☐ RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: João Francisco da Silva RG: _____
Data de nasc.: 15/10/1985 Grau de parentesco: _____

Cabo de Santo Agostinho, ____ de _____ de 20 ____.

João Francisco da Silva
Assinatura do paciente/representante legal

Preenchimento Obrigatório Médico

Eu, _____ CRM: _____
médico responsável pelo esclarecimento do procedimento, prestei todas as orientações necessárias e solicitadas pelo paciente referente ao termo de consentimento informado.

☐ Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de Emergência

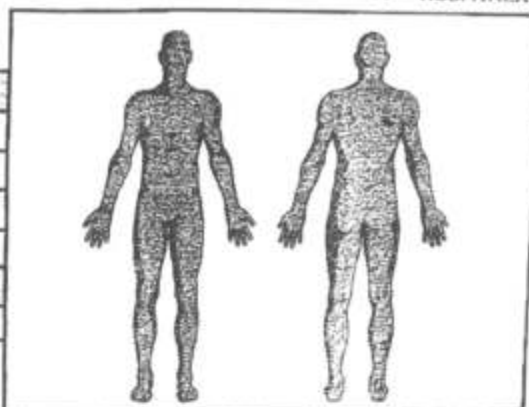
Cabo de Santo Agostinho, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura / Carimbo do médico

Rodovia BR 101 Sul – KM 28, Cabo de Santo Agostinho – PE; CEP 54510-000
Fone: 3183-0000

Data: 04/10/19

Hora: 10:00



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Lucas Francisco do Nascimento
Data de Nascimento: 15/07/85 Registro: 120847
Setor: Leito:

SINAIS VITAIS

PA: 120x70 T: 35.3°C HGT: 67

Observação:

ENTREVISTA

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

EXAMES SOLICITADOS

IMAGEM: RX (x) TAC c/ Contraste () USG () ECO () LABORATÓRIAL: SIM () NÃO ()
TAC s/ Contraste () RNM () CATE () Observação: _____
PARECER CARDIOLÓGICO: SIM () NÃO () Risco Cirúrgico: _____
RESERVA DE HEMODERIVADOS: SIM () NÃO () GRUPO SANGÜÍNEO: _____
RESERVA DE LEITO DE UTI: SIM () NÃO () Qual?: UTI: _____ LEITO: _____

ALERGIA

SIM () QUAL: _____
NÃO (x) OBSERVAÇÃO: _____

USO DE SONDAS

SNE () SNG ()
SVD ()
Outra: _____

ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO

SIM () QUAL: _____
NÃO () OBSERVAÇÃO: _____

DRENO

SIM () NÃO ()
Qual: _____
Local: _____

SIM () QUAL: _____
NÃO () HORÁRIO DA ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO: _____

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE

JEJUM: SIM (x) NÃO () À partir do dia: 03/10/19 às 20:00 Observação: _____
HIGIENIZAÇÃO: SIM (x) NÃO () Observação: _____
TRICOTOMIA: SIM () NÃO () Observação: _____
RETIRADO ADORNOS: SIM (x) NÃO () RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA: SIM () NÃO ()
CIRURGIAS ANTERIORES: SIM (x) Quais/Datas: MSD + M15
NÃO ()
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE: SIM (x) Quais/Datas: _____
NÃO ()
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO: SIM (x) Observação: _____ LATERALIDADE: SIM () Observação: _____
NÃO () DEMARCADA: NÃO ()

Enfermeiro Responsável: _____

(Assinar e Carimbar)

Fernanda Siqueira
Enfermeira
COREN 340669

CÓD. 38404

MEDICAMENTOS DA SALA CIRURGICA

DESCRIÇÃO MEDICAMENTO USADO EM SALA	QUANTIDADE
ÁGUA BIDESTILADA C/10ML	
ÁGUA BIDESTILADA C/500ML	
ALFENTANIL 0,5MG/5ML	
ATRACURIUM 25MG/2,5ML	
ATROPINA 0,25 MG/1ML	
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% C/10ML	
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% C/250ML	
BUPIVACAÍNA C/ADRENALINA 0,5% C/20ML	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA 0,5% C/4ML	
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5% C/4ML	
BUPIVACAÍNA 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 POTÁSSIO 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	
DEXTRO CETAMINA 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	
LIDOCAÍNA 2% C/ADRENALINA C/20ML	
LIDOCAÍNA 2% S/ADRENALINA C/20ML	
LIDOCAÍNA 2% GEL	
MANITOL 20% C/250ML	
METARAMINOL 10MG (ARAMIN)	
METIL PREDNISOLONA 500MG	
METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML	
METOPROLOL 5MG/5ML (SELOKEN)	

[illegible]

IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: Lucas Francisco do Nascimento Data: 04/10/19 Registro: 120847
Convênio: SUS Leito: _____ Hora: 14:50

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. Marcelo Machado 1º auxiliar: _____
Anestesista: Dr. Tuzza Instrumentador: Ysabel
Circulante: Shirley

[illegible]

CÓD. 38236

MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

PACIENTE:	Lucas Francisco do Nascimento			DATA:	04/10/19		
CIRURGIÃO:	Dr. Marcelo Machado			RG:	120847		
ANESTESISTA:	Dr. Almeida			AUXILIAR:			
CIRURGIÃO:	FHC Tratador de Tórax			ANESTESIA:	raqui + sedação		
ESTRUMENTADOR:	Thabel			COORDENAÇÃO DO BLOCO:	Ruana		
CIRCULANTE:	Shella			COREN:			
ENFERMEIRA:	Dane			HORÁRIO INICIAL:	HORÁRIO FINAL:		

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 03

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 03

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			
TRAQUEOST 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	GELFOAN
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSÃO

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

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
8. Desidratação ()	() Registrar frequência, volume e aspectos da diurese a cada / h	
	() Avaliar e registrar umidade de mucosa	
	() Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária	
	() Registrar turgor e elasticidade da pele	
	() outros	
9. Êmese (/) Náusea ()	() Registrar aspectos e quantidade de episódios	
	() Verificar posicionamento da SNG/SNE	
	(/) Manter decúbito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada	
	() Outros	
10. Temperatura Corporal (/) Diminuída () Elevado	() Aferir temperatura de / h e comunicar se estiver abaixo de 35° C ou acima de 37°C	
	() Em caso de hipotermia aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica	
	() Em caso de hipertermia retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente	
	() Outros	
11. Choque Hipovolêmico (/)	(/) Aferir sinais vitais a cada 15 / 15 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	
12. Risco de Infecção (/)	(/) Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização	
	(/) Registrar e anotar sinais flogísticos	
	Local: 80 3 2 5	
	() 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

Nome: _____		Registro: <u>2084</u>	Leito: <u>05</u>
Procedimento cirúrgico: <u>Juiz Craxios Reseção</u>		Data: <u>04/10/13</u>	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: _____ () 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 <u>24/24</u> h ☐ Realizar mudança de deúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação ☐ Medir débito de dreno de ____/____h ☐ Manter curativo oclusivo por ____h ☐ Outros		
6. Sangramento (☒) Local: _____ () 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: _____		

FUND. MARTINIANO FERNANDES
Registro: 120847

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

Nome: LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO
Mãe: JOSEFA MARIA DA SILVA
End.: RUA VINTE E NOVE
Enferm.: LEITO 14

Atendimento: 526054

DI.Cad: 03/10/2019
DI. Nasc: 15/07/1985
Bairro: NOSSA SENHORA DO O
Cidade: IPOJUCA
CNS: 700407434822040

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- ☒ Confirmação sobre o paciente
 - Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado
 - Consentimento informado realizado
- ☒ Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
- ☒ Checagem do equipamento anestésico
- ☒ Oxímetro de pulso instalado e funcionando
- ☒ O paciente tem alguma alergia?
 - ☒ Não
 - ☐ Sim

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

- ☒ Não
- ☒ Sim e há equipamento disponível

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

- ☒ Não
- ☒ Sim e há equipamento disponível

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

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

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- ☒ Sim
- ☐ Não se aplica

- ☒ Antecipação de eventos críticos:
 - Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia?
 - Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? *3h50*

Exames de imagem estão disponíveis?

- ☒ Sim
- ☐ Não se aplica

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

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

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

Nome do procedimento realizado

pro. Quirurg. Feod. t. via

contagem de compressas, instrumentos e gulhas está correta(ou não se aplica)

Ópsias estão identificadas com o nome do paciente

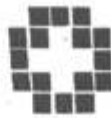
Houve algum problema com equipamentos que não foram resolvidos

Não

O cirurgião, o anestesista e a enfermagem revisaram os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória do paciente

Pós-op / SRPA

LEITADO
CORRENTE
ENFERMAGEM
19/07/2019



**CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM
AUXILIAR/TÉCNICO DE ENFERMAGEM**

Nome: Lucas Francisco de Vasconcelos Registro: 120847
Clínica: HT Enfermaria: 3 Leito: 10
Sexo: M Peso de admissão: 70 Kg Peso Atual: 70 Kg
Hipótese Diagnóstica: 04.10.19

HORA: 07:00 PLANTÃO DIURNO: 04.10.19 DATA: 04.10.19
Estado Geral: ☒ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo
Dieta: ☒ VO ☐ SNG ☐ SNE ☐ SML ☐ SOG ☐ Dieta Zero
Padrão Respiratório: ☒ Eupneico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico
Acesso Venoso: ☒ Periférico ☐ Central Local:
Curativo: ☒ Sim ☐ Não Local:
Drenos: ☐ Sim ☐ Não Local:
Evacuações: ☒ Presente ☐ Ausente Aspecto:
Observações: Paciente consciente, orientado, sem alterações medicadas, CPN segue os cuidados de enfermagem.

Auxiliar / Técnico de Enfermagem: Priscila
HORA: 20:00 PLANTÃO NOTURNO: PAR DATA: 04.10.19
Estado Geral: ☒ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo
Dieta: ☒ VO ☐ SNG ☐ SNE ☐ SML ☐ SOG ☐ Dieta Zero
Padrão Respiratório: ☒ Eupneico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico
Acesso Venoso: ☒ Periférico ☐ Central Local:
Curativo: ☐ Sim ☐ Não Local:
Drenos: ☐ Sim ☐ Não Local:
Evacuações: ☐ Presente ☐ Ausente Aspecto:
Observações: Paciente consciente, orientado, medicado, sem alterações, segue os cuidados de enfermagem.

Auxiliar / Técnico de Enfermagem: Priscila CPF: 1.163.807-11

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Técnico de Enfermagem	Horário	Responsável

Scanned with CamScanner

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 526054

Data e Hora do Atendimento: 03/10/2019 18:09

Usuário do Atendimento: MARIZAMSS

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO

Prontuário: 120847

Nome da Mãe: JOSEFA MARIA DA SILVA

Nome do Pai: JOSE FRANCISCO DO NASCIMENTO

Data do Nascimento: 15/07/1985

Idade: 34 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: CASADO

RG: 7457157

SDS PE Data Emissão: 29/11/2016

CPF: 06468975433

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade: RECIFE

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Carteira Nacional SUS: 700407434822040

Ocupação Habitual: AUTONOMO

Endereço: RUA VINTE E NOVE

101 NOSSA SENHORA DO O

Cidade: IPOJUCA

PE CEP: 55592972

Fone: 986657090

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: SAMU

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 14

HOH - Hospital Dom Helder Câmara
Ana de Santo Agostinho
Faturamento / SUS
Emitido em 11 OUT. 2019

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Cabo de Santo Agostinho, 03/10/2019

Assinatura e R.G. do Responsável: 

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: Melhorado

Diagnóstico: fratura fêmur

Procedimento: RAO

Alta em: 05/10/19

Hora:

Médico e C.R.M.:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G.:

HOH - Hospital Dom Helder Câmara
Ana de Santo Agostinho
Faturamento / SUS
Emitido em 11 OUT. 2019

HOH - Hospital Dom Helder Câmara
Ana de Santo Agostinho
Faturamento / SUS
Emitido em 11 OUT. 2019

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:
Nome: Lucas Francisco do Nascimento Data: 04/10/19 Hora: 14:50 Registro: 120847
Convênio: SUS Leito: _____ Paciente: _____ Altura: _____

2 - EQUIPE MÉDICA:
Cirurgião: Drº Marcelo Machado Anestesiologista: Drº Fátima
Auxiliar: _____ 2º Auxiliar: _____ Instrumentador: Isabel

3 - DADOS DA CIRURGIA:
Cirurgia: TTC Intima de Tórax Início: 15:50 Término: 16:30
Anestesia: Raquel + sedação Início: 15:05 Término: 16:45

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:
Estado Geral: () Bom (☒) Regular () Grave () Coma
Nível de Consciência: (☒) Orientado () Consciente () Sonolento
Respiração: (☒) Espontânea () Entubado () Traqueostomizado
Tricotomia: () Sim (☒) Não
Chegou no CC em uso de: _____

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 ()
Bisturi Elétrico () Local da Placa _____
Carro de Anestesia (☒) Difusor () Intensificador () Nº () _____
Ap. Vídeo () Bomba de Infusão ()
Oxigênio () Início _____ Término _____
Protótipo () 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 ()

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:
ANESTESIA: Segue em anexo ao CIRURGIA: _____
mentário do paciente.

6 - OBSERVAÇÕES:
Início do garrote às 15:45
final do garrote às

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO
Paciente: Acordado (☒) Narcose () Entubado () Traqueostomizado ()
Encaminhado para: SRPA (☒) S. Intensiva () LICOR () UTI () Apq () Residência ()
Data: 04/10/19 Hora: 16:43 Enfermeira: Dani Circulante: Sheila

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Lucas Francisco do Nascimento Registro: 120897

Clinica: _____ Enfermaria: Uncl Leito: _____

Data/Hora	Sumário Social
03/10/19 23:30	Em visita ao leito realizada enfermeira social, paciente vítima de acidente de trânsito. Período de internamento cerca de 24 dias. Fluxo na emergência.
04/10/19 # 7720# 8h	Paciente segue estável, sem queixas. R.E.G., empietas, nomenclatura. Quando programação cirúrgica.
04/10/19 # 01000000 17h	Por fal. hbra (E) Pte submetido a esternotomia e para 4.5 cm hbra (E) sem intercorrências CD: RX a SR ATB
05/10/19 12:00	Enfermeira Paciente evolui em E.C.G. com ritmo regular, sem mais, desta vez o S.O. indica que a drenagem pela qual as drenagens de enfermagem

Uncl
Assistente Social
03/10/19

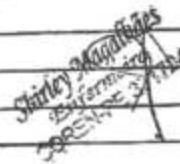
Dr. Marcelo Machado
Ortopedia Traumatologia
CRM 10648

Dr. Gerson Soares
Enfermeira
CRM 107.117

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: José Francisco de Azevedo Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Clínica:		Enfermaria:	
Data/Hora			
09/12/19		TRPA	
		Paciente em EUB de POE TFO	
		curando-se Ecol. E-bio G. Comunit.	
		emulção hormonal, segundo o lito.	
		no 2 dia, relata ao lito. Agnir	
		acometida de ang	
			
15.12.19		# GIGOTEN	
12h		R DPO part time	
		Fo Lince	
		S/ queixas	
		Rx OK	
		GD: ATVC	
			



**HOSPITAL
DOM HELDER CAMARA**



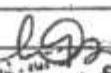
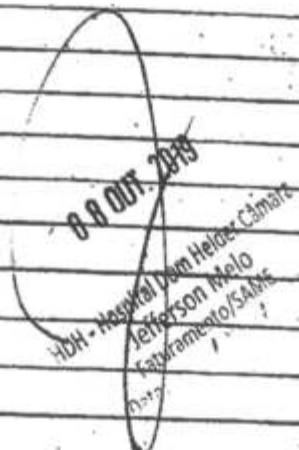
GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA

BLOED

Nome: Wlucos Francisco do Nascimento Registro: 120897

Clinica: _____ Enfermaria: Unidade Leito: _____

Data/Hora	Serviço Social -
04/10/19	Atendimento social e espere para orientação referente normas e rotinas e seguro DPVAT.
	 Assistente Social CRSS nº 10412 - 4ª Região
	

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Lucas Francisco do Nascimento Registro: 120897

Clinica: _____ Enfermaria: Unidade Leito: _____

Data/Hora	Síntese social
03/10/19 23:30	Em visita ao leito realizada entrevista social paciente vítima de acidente de trânsito. Presença esclarecimento acerca do seguro RNT e plano de emergência.
04/10/19 # 119 8h	Paciente segue estável, em guaxas B.E.L., emplastro, nomenclatura Código programação cirúrgica.
04/10/19 17h	# ORTODONTIA Folha val. hma (E) Folha submetido a ortodontia a placa 4.5 em hma (E) sem intercorrências em RX a SZ ATB
05/10/19 12:00	Enfermaria paciente evolui em E.C.R. Rontgen dentado, emplastro, dente no V.O. e elipse da dentada há 107 unidades de enfermaria

Dr. Carlos do Nascimento
Assistente Social
CRM 12.0897

Dr. Marcelo Machado
Ortopedia Traumatologia
CRM 10548

Dr. Gerciane Soares
Enfermeira
CRM 167.247

Exame Físico:

neutro ④
pulc ④

Antecedentes Pessoais:

Medicações em Uso

Antecedentes Familiares:

Hipótese Diagnóstica Principal:

Fract. c/les na nua ④

Hipóteses Diagnósticas Secundárias:

Plano Terapêutico:

He C/med

Cabo de Santo Agostinho, ____/____/____

Assinatura e Carimbo

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

Aviso de Cirurgia : 43239

Paciente : 120847

Convênio Atend. : 1

Leito : 343

Dt. Início : 04/10/2019 16:00

Cid Pré-Operatório :

Cid Pós-Operatório :

Sala : 0003

SALA 03

LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO

SUS - INTERNACAO

LEITO 14

Dt. Fim : 04/10/2019 16:46

Atendimento : 526054

Carteira :

Idade : 34 Anos

Procedimentos

Procedimento: 0408050500

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 86

RAQUI ANESTESIA + SEDACAO

CIRURGIAO

16548 MARCELO HENRIQUE DE MELO LUNA MACHADO

ANESTESISTA

8010 TEREZA CRISTINA DA SILVA

Descrição Cirúrgica :

FRATURA DIAFISE TIBIA ESQUERDA
CIRURGIA PROPOSTA: RAFI COM PLACA 4,5
CIRURGIÃO: MARCELO MACHADO
ANESTESISTA: TEREZA

DESCRIÇÃO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS;
4. INCISÃO DE PELE DE 10CM NA FACE ANTERO-LATERAL DA PERNA ESQUERDA;
6. DISSECÇÃO POR PLANOS;
7. VISIBILIZADO FOCO DE FRATURA;
- REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA E FIXAÇÃO COM PLACA LCP 4,5
- LIMPEZA COM SF 0,9%;
9. SUTURA POR PLANOS;
1. CURATIVO;
- RX CONTROLE

Hospital Dom Helder Camara
Ana Paula Souza
Faturamento / SAME
Em: 04/10/2019

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Marcelo Machado
Ortopedia - Traumatologia
CRM 16548

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

RAIO-X

DATA	LOCAL DO CORPO	QUANTIDADE DE FILMES
04/10/19	perna e	02

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

Paciente

Francisco do Nascimento

CRM

Nome do Anestesiologista

8010 Tereza C. Silva

Nome do Cirurgião

Barcelo Machado

Medicação Pré-anestésica

Ro: 120847

Sexo

Cor

Idade

Risco

M

P

34

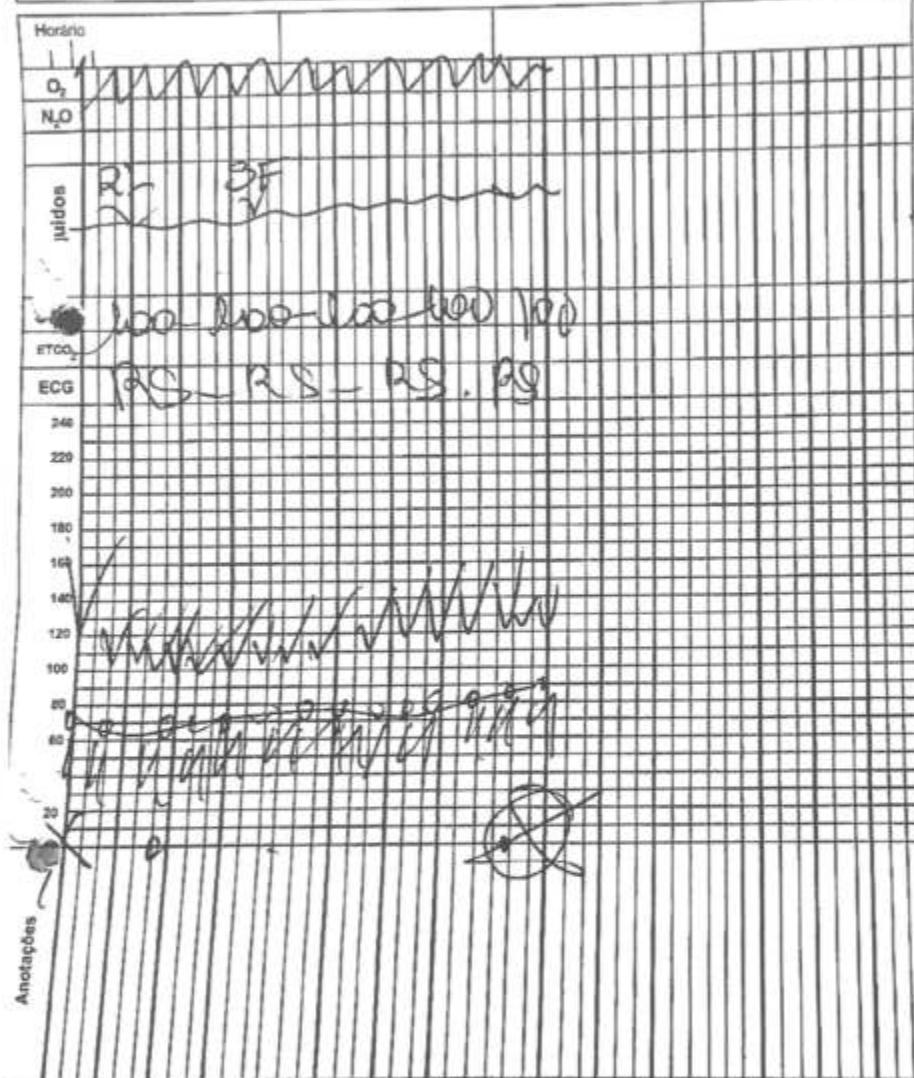
I

Urgência

☐ NÃO ☐ SIM

Cirurgia

Trat. ortop. fratura de tíbia esquerda



Drogas Usadas	Quantidade
Nex 0.5% pd	20ml
Opividine	30ml
Morline	60ml
Midazolam - 2mg	
Fentanyl	100
Cefazoline	2g

Técnica Anestésica
Roxing h3 - 2g
med. Sed
apul h 25
pneumonia
+ Sedação
Ventil

- Intubação ☐ BIS
- Cardioscópio ☐ Temperatura
- Oxímetro ☐ Swan-Ganz
- Fi ☐ Analisador Gases
- Onda Vesical ☐ PVC
- apnógrafo ☐ Estimulador de Nervo
- stat. Pré-Cordial ☐ Linha Arterial
- itros ☐ Volemia IBP Plus

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

Intercorrência: ☒ NÃO ☐ SIM

Descrever:

Observações:

Tereza C. Silva
Médica
CRM 8010

Tipo de documento: TERMO DE CONSENTIMENTO	Número do documento: TER-001	Emissão: 17/04/2019
Título: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO		Versão número: 001
Responsável pela elaboração: Bruna Melo	Responsável pela aprovação: Dr. André Sansônio	Revisão: 00

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PARA PROCEDIMENTOS EM GERAL -

O presente termo tem o objetivo de cumprir o dever ético de declaração do paciente e/ou responsável, de recebimento de informações quanto aos principais aspectos relacionados ao tratamento, assistência clínica, medicamento ou procedimento ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Dom Helder Câmara.

☐ Paciente

☐ Responsável

Autorizo o Dr^o(a) _____, credenciado(a) pelo Hospital Dom Helder Câmara, a realizar o(s) seguinte(s):

- ☐ Tratamento: _____
- ☐ Assistência clínica: _____ ou
- ☐ Procedimento: _____
- ☐ Exame: _____
- a que serei submetido.

Declaro que estou ciente dos benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis que me foram explicadas claramente pelo médico, Dr^o(a) _____, CRM: _____ e que tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no Hospital para se obter o melhor resultado.

Estou ciente de que podem ocorrer complicações durante o Tratamento/Assistência Clínica/Procedimento ou Realização de exame, assim como poderá ser necessária a modificação da proposta inicial em virtude de situações imprevistas.

Confirmo que recebi explicações, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse.

☐ PACIENTE / ☐ RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Maria Jose Fernandes marcinho RG: 8

Data de nasc.: 28/12/86 Grau de parentesco: Esposa

Cabo de Santo Agostinho, 3 de 10 de 20 19.

Maria Jose Fernandes marcinho
Assinatura do paciente/representante legal

Preenchimento Obrigatório Médico

Eu, Marcelo Machado, CRM: _____, médico responsável pelo esclarecimento do procedimento, prestei todas as orientações necessárias e solicitadas pelo paciente referente ao termo de consentimento informado.

☐ Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de Emergência

Cabo de Santo Agostinho, _____ de _____ de 20 _____.

Dr. Marcelo Machado
Ortopedia - Traumatologia
CRM 10639
Assinatura e Carimbo do médico

Rodovia BR 101 Sul - KM 28, Cabo de Santo Agostinho - PE; CEP 54510-000
Fone: 3183-0000



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Nome:

Leito de origem:

do Nascimento

data:

Hora:

Registro:

2-05

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia:

Tipo de anestesia:

Equipe:

Anestesista:

3. Admissão

Estado geral: () Bom ☒ Regular () Torporoso () Grave

Respiração: ☒ Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado

Sonda: () SVD () SNG () SNE

Acesso Venoso Periférico: () Não ☒ Sim Onde:

Acesso Venoso Central: ☒ Não () Sim Onde:

Drenos: ☒ não () sim Onde:

Sinais vitais: PA: 112 x 68 mmHg FR: 15 p/min FC: 99 p/min SaPO2: 100%

Glasgow:

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	16:55 112 x 74	17:10 108 x 75	17:40 121 x 80	18:10 120 x 77	18:40 119 x 78	
FR	10	9	8	10	11	
FC	99	93	72	58	80	
SaPO2	100%	100%	100%	100%	100%	
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

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

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

Data: _____ Horário: _____ Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico: _____

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 03/10/2019 14:38

	Nome Paciente:	LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	15/07/1985
	Sexo:	Masculino
	Idade:	34 anos
	Senha:	0037
	Convênio:	-
	Atendimento:	SAME:

Período: 03/10/2019 14:42 - 03/10/2019 14:47

ALESSANDRA GOMES DE OLIVEIRA SILVA - COREN: 414455 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **EMERGENCIA - VERMELHO**

Cor: **VERMELHO**

Queixa Principal: PACIENTE ENCAMINHADO DO SAMU DE IPOJUCA, COM PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO, CONSCIENTE, ORIENTADO, COM FRATURA EXPOSTA DE TIBIA E FIBULA E. PARA AVALIAÇÃO COM A ORTOPEDIA.

Observação: HAS -
DM -
ALERGIA -

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR INTENSA (8-10/10)
- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: ALESSANDRA GOMES DE OLIVEIRA SILVA - COREN: 414455 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 03/10/2019 14:47

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

ATENDIDO SEGUNDO

Atendimento: 526034

Data e Hora: 03/10/2019 14:52

Senha da Classificação:

0037

Paciente: 120847 LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 15/07/1985 Idade: 34 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
Nome da Mãe: JOSEFA MARIA DA SILVA Nome do Pai: JOSE FRANCISCO DO NASCIMENTO CRM: 17726
Estado Civil: CASADO Nome do Médico: IACIEL SOARES DE OLIVEIRA
Endereço: RUA VINTE E NOVE 101 Bairro: NOSSA SENHORA DO O
Cidade/UF: IPOJUCA PE Usuário Atendimento: THAYANECCS
RG (Identidade): 7457157 SDS PE Data de Emissão: 29/11/2016 Fone: 986657090.
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 06468975433 Data de Emissão CRN:
Cartão SUS:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Pct. linfo DE ACARUITE metacercária, trazendo
pela samu. Reimpc. dx em MIE.
UEGA ICC, elev. Dermo na comarcação

Exame Físico

linfo DE, contendo, elzsculis.
pulso (+).
ESCARAS em membros inferiores, sem
derm na comarcação.
creptação a palpação DG MIE.

Impressão Diagnóstica

Frat. cto. na MIE (+) (FECHEM).

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

ATENDIDO
ATENDIDO

SEC. 27100ml + clamp tramol 100mg @ 15
Cetoprofeno 100mg - clamp + SEC. 27120ml @ 15
Rx sem trauma + cto. na MIE.

Dr. Igor Abutab
Médico CRM-PE 27778

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:

Julmao Hestoy

HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: ILIAS FRANCISCO DE LINSIMUA Registro: _____ Nº Atendimento: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração:

Der pens @

História da Doença Atual:

ACIDENTE DEICOMOTILISIRCO
Envl. cbs na pens

Interrogatório Sintomatológica:

Der + ret. Ext. pens @

RECEITUÁRIO

lulas framluso do
nasuimento

uso oral

Rx

1) PROFLAM 100

01 comp VO 12/12h por
5 dias

2) Diphema 500

02 comp VO 6/6h

/

05.10.19


Dr. [illegible]
[illegible]
[illegible]

3183.0149
156 serão atendidas (consultas)
que ligarem e efetuarão a
marcação)
Nº prontuário 120847
Horário de ligação para
efetuar marcação
13h00min.
Às 16h40min

Resumo de Alta Hospitalar / Orientação Final / Ficha de Esclarecimento

Nome: Luís Henrique do Nascimento Registro nº 120847
Idade: 34 Sexo: M Data da Admissão: 03/10/19 Data da Alta: 05/10/19

Diagnósticos Definidos:

natura da afne t hna (c)

Conduta / Procedimentos Realizados: RAT

Prescrição para o Domicílio: note reestruturação

Informações Complementares: trazer Rx na consulta

Programação após Alta Ambulatório de Egresso: SIM ☒

Data da Consulta: 15 dias

NÃO ☐

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

LAUDO MÉDICO

Data de Atendimento: ____/____/____

Nº PRONTUÁRIO: _____

NOME DO PACIENTE: Lucas Francisco de Vasconcelos

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Fract. asso na região @

CID: S. 822

OBS.:

Nº DIAS seventa (60) AFASTAMENTO DO TRABALHO

Dr. Igor Abutrob
Médico - CRM nº 12.777

23 OUT 2019

Assinatura do Médico
Carimbo

CÓD. 38391



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) senhor (a)

Lucas Francisco do Nascimento foi atendido (a) neste

serviço no dia: 03 / 10 / 19 CID: S82.2

☒ Necessitado de trinta dias de afastamento de suas atividades
(no trabalho ou escola).

☐ Estando apto para voltar ao trabalho.

☐ Como acompanhante.

☐ Outros: _____

lubo, 65 de 10 de 20 19

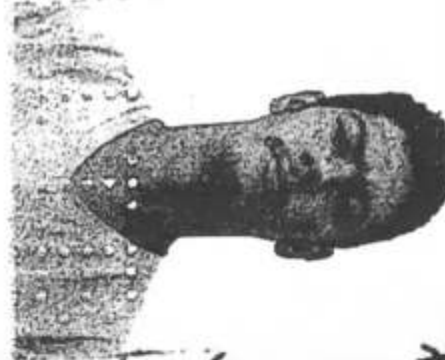

Dr. Márcio Machado
Otorrinolaringologia
CRM 10518

Médico



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

E-18



Lucas Francisco do Nascimento
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

7.457.157

DATA DE
EXPEDIÇÃO

29/11/2016

NOME

<< LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO >>

FILIAÇÃO

<< JOSÉ FRANCISCO DO NASCIMENTO >>

<< JOSEFA MARIA DA SILVA >>

NATURALIDADE

RECIFE - PE

DATA DE NASCIMENTO

15/07/1985

DOC.ORIGEM

<< 076018 01 55 1988 1 00071 043

0081848 71 RECIFE >>

CPF

064.689.754-33

Assinatura do Diretor
Assinatura do Diretor

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1408296722

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. LOÃO DE BARROS 111 BOA VISTA
RECIFE PERNAMBUCO
CEP: 50050-902
CNPJ: 10.535.932/0001-05
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438 de 25/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria: 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-
Ligação Gratuita de telefones fixos a tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE
MARIA JOSE FERNANDES

DATA DE VENCIMENTO
13/11/2019

DATA EMISSÃO DA NOTA
FISCAL
30/10/2019

CONTA CONTRATO
4008262697

ENDEREÇO
RUA VINTE E NOVE 101 -LOTTO
CANOAS/NOSSA SENHORA DO O
-55590-000 IPOJUCA PE -

TOTAL A PAGAR
R\$ 135,88

DATA DA APRESENTAÇÃO
06/11/2019
NÚMERO DA NOTA FISCAL
083207656

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
Monofásico
B1

PERÍODO CONSUMO
26/09/2019 a 29/10/2019

CONSUMO
116

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 31,34

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO
4008262697

MÊS/ANO
10/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 135,88

VENCIMENTO
13/11/2019

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

838000000017 358800110049 008262697101 169553587734



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

LAUDO MÉDICO

Data de Atendimento: ____/____/____

Nº PRONTUÁRIO: _____

NOME DO PACIENTE: LUCAS FRANCISCO DE NASCIMENTO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Frnt. ccs na nenuz (C)

CID: S. 822

OBS.:

Nº DIAS sevento (60) AFASTAMENTO DO TRABALHO

Dr. Igor Abutob
Médico - CRM 12772

23 OUT 2019

Assinatura do Médico

Carimbo

CÓD. 38391

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) senhor (a)

Lucas Francisco do Nascimento foi atendido (a) neste

serviço no dia 03 / 10 / 19 CID: S82.2

30

Necessitado de trinta dias de afastamento de suas atividades
(no trabalho ou escola).

☐

Estando apto para voltar ao trabalho.

☐

Como acompanhante.

☐

Outros: _____

luto, 05 de 10 de 20 19

Médico

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 526054

Data e Hora do Atendimento: 03/10/2019 18:09

Usuário do Atendimento: MARIZAMSS

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO

Prontuário: 120847

Nome da Mãe: JOSEFA MARIA DA SILVA

Nome do Pai: JOSE FRANCISCO DO NASCIMENTO

Data do Nascimento: 15/07/1985

Idade: 34 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: CASADO

RG: 7457157

SDS PE Data Emissão: 29/11/2016

CPF: 06468975433

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade: RECIFE

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Ocupação Habitual: AUTONOMO

Carteira Nacional SUS: 700407434822040

101 NOSSA SENHORA DO O

Endereço: RUA VINTE E NOVE

PE CEP: 55592972

Fone: 986657090

Cidade: IPOJUCA

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: SAMU

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 14

ndH - Hospital Dom Helder Câmara
Análise de
Faturamento / SAMU
Rm: 11 OUT. 2019

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Cabo de Santo Agostinho, 03/10/2019

Assinatura e R.G. do Responsável:

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta:

Diagnóstico:

Procedimento:

Alta em:

Médico e C.R.M.:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G.:

ndH - Hospital Dom Helder Câmara
Análise de
Faturamento / SAMU
Rm: 11 OUT. 2019

ndH
Hospital Dom Helder Câmara
Análise de
Faturamento / SAMU
Rm: 11 OUT. 2019

Aviso de Cirurgia : 43239
Paciente : 120847
Convênio Atend. : 1

Leito : 343
Dt. Início : 04/10/2019 16:00

Cid Pré-Operatório :

Cid Pós-Operatório :

Sala : 0003 SALA 03
LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO

SUS - INTERNACAO

LEITO 14

Dt. Fim : 04/10/2019 16:46

Atendimento : 526054

Carteira :

Idade : 34 Anos

Procedimentos

Procedimento: 0408050500

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 86

RAQUI ANESTESIA + SEDACAO

CIRURGIAO
ANESTESISTA

16548 MARCELO HENRIQUE DE MELO LUNA MACHADO
8010 TEREZA CRISTINA DA SILVA

Descrição

Descrição Cirúrgica :

FRATURA DIAFISE TIBIA ESQUERDA
CIRURGIA PROPOSTA: RAFI COM PLACA 4,5
CIRURGIÃO: MARCELO MACHADO
ANESTESISTA: TEREZA

DESCRIÇÃO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS;
4. INCISÃO DE PELE DE 10CM NA FACE ANTERO-LATERAL DA PERNA ESQUERDA;
6. DISSECÇÃO POR PLANOS;
7. VISIBILIZADO FOCO DE FRATURA;
8. REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA E FIXAÇÃO COM PLACA LCP 4,5
- LIMPEZA COM SF 0,9%;
9. SUTURA POR PLANOS;
1. CURATIVO;
- RX CONTROLE

Hospital Dom Helder Camara
Ana Paula Souza
Faltamento / SAME
Em: 04/10/2019

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Marcelo Machado
Ortopedia - Traumatologia
CRM 16548

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

RAIO-X		
DATA	LOCAL DO CORPO	QUANTIDADE DE FILMES
04/10/19	Perna t	02

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 064 689 754-33 4 - Nome completo da vítima: LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO

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

5 - Nome completo: LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO 6 - CPF: 064 689 754-33
7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: RUA VINTE E NOVE 9 - Número: 101 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: NOSSA SENHORA DO Ó 12 - Cidade: IPOJUCA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55590-000
15 - E-mail: FIRMENIO.JURIDICO@GMAIL.COM 16 - Tel (DDD): (81) 99873-7406

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECLUSO 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: 3250 13 CONTA: 00009268 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 rasatura (ou rasos)? ☐ 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, IPOJUCA/PE, 12 DE DEZEMBRO DE 2019
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. LOÃO DE BARROS 111 BOA VISTA
RECIFE - PERNAMBUCO
CEP: 50050-902
CNPJ: 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438 de 25/04/02
COMERCIAL 115 | PRONTIDÃO 118
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria: 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE MARIA JOSE FERNANDES	DATA DE VENCIMENTO 13/11/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 30/10/2019	CONTA CONTRATO 4008262697
ENDEREÇO RUA VINTE E NOVE 101 -LOTTO CANOAS/NOSSA SENHORA DO O -55590-000 IPOJUCA PE -	TOTAL A PAGAR R\$ 135,88	DATA DA APRESENTAÇÃO 06/11/2019	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
PERÍODO CONSUMO 26/09/2019 a 29/10/2019	CONSUMO 116		

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 31,34

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO 4008262697	MÊS/ANO 10/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 135,88	VENCIMENTO 13/11/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
-------------------------------------	---------------------------	------------------------------------	---------------------------------	---

838000000017 358800110049 008262697101 169553587734



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

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



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

DADOS DO CLIENTE

MARIA JOSE FERNANDES

CPF: 882.531.714-04 NIS: 20605235362

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA VINTE E NOVE 101

LOTTO CANOAS/NOSSA SENHORA DO O
55590-000 IPOJUCA PE

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

DATA DE VENCIMENTO

05/02/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

123,23

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

29/01/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

29/01/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

094622127

CONTA CONTRATO

004008262697

Nº DO CLIENTE

2001681330

Nº DA INSTALAÇÃO

0001402372

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

E992.3E7D.93F0.A2A1.2010.4BBA.5FB9.0903

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,13645746	4,09
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,23392709	16,37
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	102,00	0,35089063	35,79
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,12556468	3,76
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,21525375	15,06
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	102,00	0,32288062	32,93
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,75
Contrib. Ilum. Pública Municipal			9,48
ICMS Subvenção-CDE-NF 086959820-28/11/19			0,73
ICMS Subvenção Baixa Renda			1,29
PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-8960 0800 031 8989			0,98
TOTAL DA FATURA			123,23

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
110,75	25,00	27,68	110,75	0,90	0,99	110,75	4,15	4,59

Tarifas Aplicadas

Consumo-TUSD até 30 kWh	0,09545200
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,16363200
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,24544800
Consumo-TE até 30 kWh	0,08763250
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,15957000
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,22565500

HISTÓRICO DO CONSUMO

					kWh
JAN 20					202
DEZ 19					197
NOV 19					173
OUT 19					216
SET 19					107
AGO 19					91
JUL 19					243
JUN 19					213
MAI 19					160
ABR 19					191
MAR 19					269
FEV 19					263
JAN 19					271

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	37,56	33,91
Transmissão	4,17	3,77
Distribuição (Celpe)	25,32	22,86
Encargos Setoriais	2,47	2,23
Tributos	33,26	30,03
Perdas de Energia	7,97	7,20
TOTAL	110,75	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000003191933892	CAT	30/12/2019	370,00	29/01/2020	572,00	30	1,00000	0,00	202,00

[DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 27/02/2020]

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
nov/2019					
DIC-No.de horas sem Energia		0,15	5,91	11,82	23,64
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	3,42	6,85	13,70
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,15	3,46	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 39,34					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! J.J. cesta básica: r mario da costa monteiro 42 centro / supermercado caraiabas: rua do comercio 123 centroLista completa em www.celpe.com.br,
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 51,76 .
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO	1/1
----------------	---------	--------------------	------------	--------------------	-----

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190695810 **Cidade:** Ipojuca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 03/10/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA TÍBIA ESQUERDA PG6,19

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190695810 **Cidade:** Ipojuca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 03/10/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA TÍBIA ESQUERDO PG6,19

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0448309/19

Vítima: LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO

CPF: 064.689.754-33

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/10/2019

Titular do CPF: LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

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.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0448309/19

Número do Sinistro: 3190695810

Vítima: LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO

CPF: 064.689.754-33

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/10/2019

Titular do CPF: LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

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.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0448309/19

Número do Sinistro: 3190695810

Vítima: LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO

CPF: 064.689.754-33

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 03/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

LUCAS FRANCISCO DO NASCIMENTO : 064.689.754-33

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.