



Número: **0024008-09.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 30ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **24/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RUTE MARIA JOSE DA SILVA (AUTOR)		DRIENNY SANTOS DE ANDRADE (ADVOGADO) ABRAAO FIRMINO DO NASCIMENTO (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67637684	08/09/2020 17:37	ANEXO 1	Outros (Documento)



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, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190703876

Vítima: RUTE MARIA JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 14/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RUTE MARIA JOSE DA SILVA

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

Carta nº 15269913





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, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190703876

Vítima: RUTE MARIA JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 14/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RUTE MARIA JOSE DA SILVA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: RUTE MARIA JOSE DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003283

Conta: 000984819934-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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:

Nome completo da vítima:

Rute Maria Jose da Silva

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

5 - Nome completo:

Rute Maria Jose da Silva

6 - CPF:

161.979.984-75

7 - Profissão:

8 - Endereço:

Engenho Cretes

9 - Número:

150

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Eng. Cretes

12 - Cidade:

Ipajuba

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55590-000

15 - E-mail:

181995305579

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3283

CONTA: 984819934 4

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda 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 discordo 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 (ou 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 rgo):

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo):

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Ipajuba 03 de dezembro de 2019

Rute Maria Jose da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

102/2019

CAIXA

POUPANÇA DA CAIXA
a primeira do Brasil

POUPANÇA
3283, 984819934-4

Obs.: Em breve você estará recebendo o seu
Cartão magnético de Poupança.

Mais informações consulte o site: caixa.gov.br

0800 726 9101	0800-726 2492	0800-725 7474
Reclamações, sugestões e elogios.	Atendimento a pessoas com deficiência auditiva	Ouvidoria





SC5466
0455002/19

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0132001827

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 15/10/2019 às 09:36

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 14/9/2019 às 23:00

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE SERRAMBI, 1 - Bairro: SERRAMBI - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSÉ ANTÔNIO DA SILVA (OUTRO)
SANDRAQUE JOSÉ DA SILVA (VITIMA)
RUTE MARIA JOSÉ DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): SANDRAQUE JOSÉ DA SILVA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

JOSÉ ANTÔNIO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: DAMIANA MARIA DA SILVA Data de Nascimento: 26/10/1992 Naturalidade: IPOJUCA / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE IPOJUCA, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - IPOJUCA/PERNAMBUCO /BRASIL

SANDRAQUE JOSÉ DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA JOSÉ SANTANA DA SILVA Pai: JOSÉ ANTÔNIO DA SILVA Data de Nascimento: 2/3/1992 Naturalidade: IPOJUCA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8585886/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: PEDREIRO(A) Telefones Celulares: 993870856

Endereço Residencial: BAIRRO DE SERRAMBI, 22, ENGENHO CAETÉS , RUA 02 - CEP: 0 - Bairro: SERRAMBI - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

RUTE MARIA JOSÉ DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA JOSÉ DA SILVA Data de Nascimento: 5/7/2001 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10614104/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: DESEMPREGADO(A) Telefones Celulares: 993870856



Endereço Residencial: **BAIRRO DE SERRAMBI, 22, ENGENHO CAETÉS, RUA 02 - CEP: 0 - Bairro: SERRAMBI - IFOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEÍCULO 1 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ ANTÔNIO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SANDRAQUE JOSÉ DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/SHINERAY/XY 50 Q 2** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**
Placa: **PDR5692** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **LXYXCBL00B04456**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **GASOLINA**

VEÍCULO 2 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHÃO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA AS VÍTIMAS EM TELA, COMUNICANDO QUE A PESSOA DO SANDRAQUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA SHINERAY DE PLACA PDR5692 JÁ QUALIFICADA E NO CARONA A PESSOA DA RUTE MARIA QUANDO UM CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO DE UM CAMINHÃO QUE CARREGADA CANA-DE-AÇÚCAR NA RODOVIA DE ACESSO A SERRAMBI-IFOJUCA/PE O TRANCOU E ESTE PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU NO SOLO JUNTAMENTE COM O CARONA, AMBOS SOFRERAM FRATURAS, RUTE SOFREU FRATURA DA CLAVÍCULA E SANDRAQUE SOFREU FRATURA NA PATELA, FORAM SOCORRIDOS PARA O HOSPITAL DE SERRAMBI E POSTERIORMENTE REMOVIDOS PARA O HOSPITAL DOM HELDER CAMARA REGISTROS 42987 E 522372, SOFRERAM INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS, CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA. REGISTRE-SE, CASO AFETO DELEGACIA DE PORTO DE GALINHAS-PE.

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

JOSÉ ANTÔNIO DA SILVA
(OUTRO)

SANDRAQUE JOSÉ DA SILVA

(VITIMA)

RUTE MARIA JOSÉ DA SILVA

(VITIMA)

B.O. registrado por: **TERESA CRISTINA DOS SANTOS** - Matrícula: **273077-4**



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:

Nome completo da vítima:

Rute Maria Jose da Silva

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

5 - Nome completo:

Rute Maria Jose da Silva

6 - CPF:

161.979.984-75

7 - Profissão:

8 - Endereço:

Engenharia Civil

9 - Número:

150

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Engenharia Civil

12 - Cidade:

Ipatinga

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55590-000

15 - E-mail:

181995305579

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3283

CONTA: 984819934 4

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda 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 discordo 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 nasceu)?

☐ 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:

Ipatinga 03 de dezembro de 2019

Rute Maria Jose da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

102/2019





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 522354

Data e Hora: 14/09/2019 23:35

Senha da Classificação:

Paciente: 120288 RUTE MARIA JOSE DA SILVA

Sexo: FEMININO

Data do Nascimento: 05/07/2001 Idade: 18 anos

Convenio: 2

SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: MARIA JOSE DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: JACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 47726

Endereço: ENGENHO CAETES

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: IPOJUCA

PE

Usuário Atendimento: AMANDAMMS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone:

Cartão SUS:

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Pes:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

Paciente Alcoolizante, vítima de acidente automobilístico há cerca de 04h, com lesões por compressão e perfuração exposta no membro inferior direito. URGENTE USO DE Antibiótico para prevenção de infecção.

Exame Físico

Exame físico, vítima de acidente com tempo de compressão e perfuração exposta no membro inferior direito com lesões por compressão e perfuração. Lesões com presença de ferimentos.

hipotese Diagnostico

Fratura exposta de calcâneo?

Conduta Terapeutica

Prescrição Médica

ATENDIDO

- 1) Ceftriaxona 2g - 1 amp @
- 2) SAT 01/45h
- 3) Soro S1 100ml 1 amp @
- 4) RX série trauma + clareamento @
- 5) TC crânio + avaliação geral

Dr. Igor Abulab
Médico (CRM-PE 27775)

14 SET 2019

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

→ No Bloco Cirúrgico às 12h
(Após 12h da CO)

Avraham Ferreira
SPOT 13098 / SBOCC
117411



ACRY: Froi. n. clavicorn. Exposed. pumitiforme

CD: JL 1A006cm Abummate SFGSY.

21 curative

3. - 100 em 200.

4L Rx pos 1010.

53- Intermecoe Hospital. Soc. cruntacy

Dr. Endrey

Dr. Igor Abutrab
Medico / D.E. PE 2777A

15 SEP. 2019

A SAB ver de

5/09/19
CA:304

~~16~~ C 6-14

1.30h. Pouco tempo de estudo autônomo.
Lógico, há uma de 10h. Refre da manhã.
Refre perto de conveniências e vãos
Nego da determinad. Rx ou torax Sem alterações
A: Um cereo pênulas; B: Mv e AHTS/NA;
C: 2012 ~ 21, BAF FC: 72 bpm. D: Glorific
E: Abd flácido, indder a palpação.
CD. Aguardo TC de novo (houde)

De Ferenç de Comandant
Cifurçlân Gerni
CRA-PE 20235

	RATON	-	BATA	15 08 19	COLUMBIA, MAX RIDGE, CALIFORNIA, ZANCA	S	



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:	06/01/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RUTE MARIA JOSE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03283

CONTA: 000984819934-4

Nr. da Autenticação 366984E73A7E16FE





Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 13.438, de 26/04/2012

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Concessionária de Energia Elétrica
Av. João de Barros, 111 - Boa Vista, Recife - PE CEP 51062-002
CNPJ 10.035.522/01-00 Fone: (085) 3224-0111, www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
VÁRIA JOSE DA SILVA

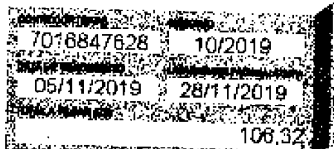
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
FACATTES 150

CPF 087.832.324-07 NIS 20633180075

ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA RURAL
IPOLUCAPE
55230-000

CLASSIFICAÇÃO
EX RESIDENCIAL
BARRAGEM COXINS

CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA	UNIDADE	PERÍODO
285106513	UNICA	28/10/2019
285106513	UNICA	28/10/2019
285106513	UNICA	28/10/2019



RESUMO DA CONTA

CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo Superior a 33 kWh	31.000.000	9.270.480,70	8.11
Consumo Ativo Superior a 33 kWh	70.000.000	9.463.800,34	37.46
Consumo Ativo Superior a 33 kWh	70.000.000	9.463.800,34	52.18
Consumo Ativo Superior a 33 kWh			2.30
Consumo Ativo Superior a 33 kWh			0.04
Consumo Ativo Superior a 33 kWh			8.48
Consumo Ativo Superior a 33 kWh			0.93
Consumo Ativo Superior a 33 kWh			0.76

TOTAL DA FATURA

106.32

PERÍODO	Tipo de	DATA	ANTERIOR	DATA	ATUAL	NT DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
28/10/2019	UNICA	28/10/2019	28/10/2019	28/10/2019	28/10/2019	28/10/2019	28/10/2019	28/10/2019	28/10/2019

PERÍODO	Tipo de	DATA	ANTERIOR	DATA	ATUAL	NT DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
28/10/2019	UNICA	28/10/2019	28/10/2019	28/10/2019	28/10/2019	28/10/2019	28/10/2019	28/10/2019	28/10/2019

ATENÇÃO: A CELPE NÃO GARANTE A EXATIDÃO DOS DADOS FORNECIDOS. A CELPE NÃO SE RESPONSABILIZA POR DANOS MATERIAIS OU MORAIS RESULTANTES DO USO DA ENERGIA ELÉTRICA. A CELPE NÃO SE RESPONSABILIZA POR DANOS MATERIAIS OU MORAIS RESULTANTES DO USO DA ENERGIA ELÉTRICA.

PERÍODO	Tipo de	DATA	ANTERIOR	DATA	ATUAL	NT DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
28/10/2019	UNICA	28/10/2019	28/10/2019	28/10/2019	28/10/2019	28/10/2019	28/10/2019	28/10/2019	28/10/2019

PERÍODO	Tipo de	DATA	ANTERIOR	DATA	ATUAL	NT DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
28/10/2019	UNICA	28/10/2019	28/10/2019	28/10/2019	28/10/2019	28/10/2019	28/10/2019	28/10/2019	28/10/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 106.32



**compesa**

CNPJ 09.769.035/0001-64

INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: PRACA FARIAS NEVES - NÚM. - S/N - DOIS LIXAOS R
RUA RUA 521/1 011

DATA DO CANCELAMENTO: 5/28/2019		5/28/2019																																																							
RUBRICAS: 00113 - VARZEA RECIFE 52810-372		RUBRICAS: 00113 - VARZEA RECIFE 52810-372																																																							
INSCRIÇÃO: 340.419.440.0366.002 GRUPO: 15 DEB. AUTOMÁTICO: 054871430																																																									
TIPO DE SERVIÇO	TIPO DE SERVIÇO	TIPO DE SERVIÇO	TIPO DE SERVIÇO																																																						
RESIDENCIAL	RESIDENCIAL	RESIDENCIAL	RESIDENCIAL																																																						
DATA DE INÍCIO	DATA DE INÍCIO	DATA DE INÍCIO	DATA DE INÍCIO																																																						
01/01/2019	01/01/2019	01/01/2019	01/01/2019																																																						
DATA DE FIM	DATA DE FIM	DATA DE FIM	DATA DE FIM																																																						
01/01/2019	01/01/2019	01/01/2019	01/01/2019																																																						
AGUA: LEIT. GEL. 238 CONSUMO: 12 LEIT. ATU: 250 LEIT. FAL: 250 HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA CONSUMO <table border="1"> <thead> <tr> <th>PARAMETROS</th> <th>NUMERO DE AMOSTRAS</th> <th>EXIG. PORT. ANÁLISES ATENDIM. MS 2.314/1 REALIZ. A LEGIS.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TURBIDEZ</td> <td>126</td> <td>148</td> </tr> <tr> <td>COR APARENTE</td> <td>148</td> <td>148</td> </tr> <tr> <td>CORO RESIDUAL</td> <td>148</td> <td>148</td> </tr> <tr> <td>COEF. TOTAIS</td> <td>148</td> <td>148</td> </tr> <tr> <td>COEF. TOTAIS</td> <td>148</td> <td>148</td> </tr> <tr> <td>COEF. TOTAIS</td> <td>148</td> <td>148</td> </tr> </tbody> </table> MEDIA: 17 Qualidade de Água: www.compesa.com.br OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS (2) 95% PARÂMETROS CONFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA (3) 95% PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA <table border="1"> <thead> <tr> <th>DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS</th> <th>CONSUMO</th> <th>TOTAL (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ÁGUA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ATF 10 M3 - 44,08 POR UNIDADE</td> <td>10 M3</td> <td>44,08</td> </tr> <tr> <td>11 M3 A 20 M3 - R\$ 5,05 POR M3</td> <td>2 M3</td> <td>10,10</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td></td> <td>54,18</td> </tr> <tr> <td>DOAÇÃO AO PRO-CRIANÇA 09/2019</td> <td></td> <td>1,00</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>TRIBUTOS</th> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>PERCENTUAL (%)</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ISS</td> <td>54,18</td> <td>1,65</td> <td>0,90</td> </tr> <tr> <td>ICMS</td> <td>54,18</td> <td>2,60</td> <td>1,41</td> </tr> </tbody> </table>				PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS	EXIG. PORT. ANÁLISES ATENDIM. MS 2.314/1 REALIZ. A LEGIS.	TURBIDEZ	126	148	COR APARENTE	148	148	CORO RESIDUAL	148	148	COEF. TOTAIS	148	148	COEF. TOTAIS	148	148	COEF. TOTAIS	148	148	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)	ÁGUA			RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			ATF 10 M3 - 44,08 POR UNIDADE	10 M3	44,08	11 M3 A 20 M3 - R\$ 5,05 POR M3	2 M3	10,10	TOTAL		54,18	DOAÇÃO AO PRO-CRIANÇA 09/2019		1,00	TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO	ISS	54,18	1,65	0,90	ICMS	54,18	2,60	1,41
PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS	EXIG. PORT. ANÁLISES ATENDIM. MS 2.314/1 REALIZ. A LEGIS.																																																							
TURBIDEZ	126	148																																																							
COR APARENTE	148	148																																																							
CORO RESIDUAL	148	148																																																							
COEF. TOTAIS	148	148																																																							
COEF. TOTAIS	148	148																																																							
COEF. TOTAIS	148	148																																																							
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)																																																							
ÁGUA																																																									
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)																																																									
ATF 10 M3 - 44,08 POR UNIDADE	10 M3	44,08																																																							
11 M3 A 20 M3 - R\$ 5,05 POR M3	2 M3	10,10																																																							
TOTAL		54,18																																																							
DOAÇÃO AO PRO-CRIANÇA 09/2019		1,00																																																							
TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO																																																						
ISS	54,18	1,65	0,90																																																						
ICMS	54,18	2,60	1,41																																																						

VENCIMENTO: 20/10/2019

TOTAL A PAGAR: 55,18

MENSAGEM:



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Arthur Vitoriano da Costa Neto inscrito (a) no CPF 817.908.064-91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ante Maria José da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 161.979.984-75 do sinistro de DPVAT cobertura Anual 063 da Vitima Ante Maria J. da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 161.979.984-75, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Apuleu Vilas</u>		Número <u>113</u>	Complemento <u>Caro</u>
Bairro <u>Vozes</u>	Cidade <u>Recife</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>50810-370</u>
E-mail _____		Telefone comercial (DDD) _____	Telefone celular (DDD) <u>811995305578</u>

Recife de dezembro de 2019
Local e Data

Arthur V. Costa Neto
Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 522354

Data e Hora: 14/09/2019 23:35

Senha da Classificação:

Paciente: 120288 RUTE MARIA JOSE DA SILVA

Sexo: FEMININO

Data do Nascimento: 05/07/2001 Idade: 18 anos

Convenio: 2

SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: MARIA JOSE DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: JACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 47726

Endereço: ENGENHO CAETES

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: IPOJUCA

PE

Usuário Atendimento: AMANDAMMS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone:

Cartão SUS:

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Pes:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

Paciente Alcoolista, vítima de acidente automobilístico há cerca de 04h, com lesões por com o carro e ferimentos expostos no membro inferior. URGENTE USO DE Ceftriaxona para o tratamento. Paciente internado em tempo após o exame físico.

Exame Físico

Exame físico, vítima de acidente com tempo de 4 horas. Ferimentos por tração com umbral de 1 cm. Laceração profunda. Laceração profunda.

hipotese Diagnostico

Fratura exposta de fêmur?

Conduta Terapeutica

Prescrição Médica

ATENDIDO

- 1) Ceftriaxona 2g - 1 amp @
- 2) SAT 01/45h
- 3) Soro 100ml 1 amp @
- 4) RX série trauma + churub @
- 5) TC crânio + avaliação geral

Dr. Igor Abulab
Médico / CRM-PE 27775

14 SET 2019

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

→ No Bloco Cirurgico Rm 1214
(Anexo 1º de CO)

Avraham Ferreira
SPOT 13098 / SBOCC
117411



ACRY: Froi. n. clavicorn. Capito. pumtiforme

CD: 32 1A00Ccm Abummate SFGs%.

21 corotivo

3. - 100 em 200.

4L Rx pos 1010.

53- Intermecoe Hospital. Soc. cruntacy

Dr. Endrey

Dr. Igor Abutrab
Medico / D.E. PE 2777A

15 SET. 2019

A SAB ver de

5/09/19
CA:304

~~16~~ C 65A

1.30h. Pouco de vítima de acidente automobilístico, há cerca de 10h. Refere dor no ombro D. Refere perda de consciência e vômito Negro da determinad. Rx do torax Sem alterações.
A: Vem cerca de 10h; B: Mucosa AHTS/NA;
C: 2012 - 21, BAF FC: 72 bpm. D: Glorioso
E: Abd. flácido, indolor à palpação.
CD. Aguardo TC de cabeça (houve)

De Ferenç de Comandant
Cifurlián Górriz
CHIAPE 20235

[illegible]

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 14/09/2019 23:14

Nome Paciente: RUTE MARIA JOSE DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 05/07/2001
Sexo: Feminino
Idade: 18 anos
Senha: 0057
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 14/09/2019 23:27 - 14/09/2019 23:30

YLEANA DANIELLE DOS SANTOS NEGRAO - COREN: 010643 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

PACIENTE PROVENIENTE DO SPA DE SERRAMBI APÓS ACIDENTE DE MOTO. FRATURA EXPOSTA DA CLAVICULA ESQUERDA.

Medicamento(s):

HAS+

DM-

ALERGIA A DAPIRONA

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR INTENSA (8-10/10)

- FERIMENTO COM SANGRAMENTO ATIVO NÃO COMPRESSÍVEL

- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE

- PALIDEZ CUTÂNEA, SUDORESE, PELE FRIA

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- PAD: 60.00 MMHG

- PAS: 100.00 MMHG

- SAT02: 98.00 %

Acolhido(a) por: YLEANA DANIELLE DOS SANTOS NEGRAO - COREN: 010643 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 14/09/2019 23:30

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Resumo de Alta Hospitalar

PACIENTE: RUTE MARIA JOSE DA SILVA			
REGISTRO: 12088	IDADE: 18	DATA ADMISSÃO: 14/09/2018	DATA ALTA: 16/09/2019

1) Diagnósticos Definidos:

FRATURA EM CLAVICULA D

2) Conduta/ Procedimentos Realizados:

TTO COM PLACA E PARAFUSO

3) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

4) Informações Complementares:

1) IMOBILIZAÇÃO HEMI-JOTA POR 02 SEMANAS

2) UTILIZAR MEDICAMENTOS PRESCRITOS

3) RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 02 SEMANAS

Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X) Data da Consulta: 30/09/2019
Não ()

AMBULATORIO DE ORTOPEDIA EM 2 SEMANAS DESTA UNIDADE

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.

Dr. Bruno Dall'Aglio
Ortopedia Traumatologia
CRM/PE 24.693



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

Página.: 0001

Data.: 15/09/2019

Hora.: 20:21

Aviso de Cirurgia : 42987
Paciente : 120288

Convênio Atend. : 1
Leito : 252
Dt. Início :

Cid Pré-Operatório :

Cid Pós-Operatório :

Sala : 0002 SALA 02

RUTE MARIA JOSE DA SILVA
SUS - INTERNACAO
LEITO 08-E
Dt. Firm : 15/09/2019 20:25

Atendimento : 522370

Carteira :

Idade : 18 Anos

Indicamento: 0408010150

Convênio: 001

Anestesia: 39

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
BLOQ DE PLEXO BRAQUIAL + SEDACAO

Cirurgião

17411 AVRAHAM MACHADO COSTA FERREIRA

Descrição Cirúrgica :

DDH/ANTISEPSIA/ASSEPSIA/ANESTESIA
ACESSO ANTERIOR DE CLAVÍCULA
LIMPEZA CIRURGICA COM SF0,9%
APOSICAO DE PLACA RECONSTRUCAO 8 FUROS DA CX 3.5 /MODELACAO EM S
APOSICAO E 5 PARAFUSOS CORTICAIS+ AMARRILHA COM VICRYL 1
SUTURA COM NYLON E VICRYL
CURATIVO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Avraham Ferreira
CRM 17411

DR(A) : AVRAHAM MACHADO COSTA FERREIRA
CRM : 17411

15.09.19

omelro D

1

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 522370

Usuário do Atendimento: AMANDAMMS

Data e Hora do Atendimento: 14/09/2019 23:51

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: RUTE MARIA JOSE DA SILVA

Nome da Mãe: MARIA JOSE DA SILVA

Prontuário: 120288

Data do Nascimento: 05/07/2001

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Idade: 18 anos Sexo: FEMININO

CPF:

RG:

Data Emissão:

Naturalidade:

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Carteira Nacional SUS:

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Endereço: ENGENHO CAETES

Ocupação Habitual: OUTROS

Cidade: IPOJUCA

CENTRO

CEP: 55590970

Fone: 31830000

Origem: PM IPOJUCA

DADOS DO ATENDIMENTO

Do: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 12

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, 14/09/2019

Assinatura e R.G. do Responsável:

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta:

Diagnóstico:

Tratamento:

Data em:

Hora: 12:00

Médico e C.R.M.:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G.:

Dr. Bruno Daltro
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 26.693

HOM Hospital Dom Helder Câmara
Manoel F. Godoy
Arquivista
SAME/Requerimento
19/09/2019



IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: Rute Maria José da Silva Data: 15/09/19 Registro: 20298
Convênio: Unif Leito: 203 Hora: 12

2. Equipe médica:

Cirurgião: Drs. Alvimar 1º auxiliar: 1
Anestesiista: Drs. Rodrigo + Grez Instrumentador: Isabel
Circulante: Adriana Jansen

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
2ap capote 622 mm	blue → black 1 STEAM	Chemdyne CD29 Double wrap ISO 11140-1 Type 4 CD29120918 2023-09 Multi-wrapable indicator STEAM Turns to white or darker Initials Date
premio de joia 2x3.5 cromus cavida bustu	blue → black 1 STEAM	Chemdyne CD29 Double wrap ISO 11140-1 Type 4 CD29120918 2023-09 Multi-wrapable indicator STEAM Turns to white or darker Initials Date
motor p/ritu 2 cavura	blue → black 1 STEAM	Chemdyne CD29 Double wrap ISO 11140-1 Type 4 CD29120918 2023-09 Multi-wrapable indicator STEAM Turns to white or darker Initials Date
	blue → black 1 STEAM	
	blue → black 1 STEAM	
	blue → black 1 STEAM	
	blue → black 1 STEAM	
	blue → black 1 STEAM	





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

FICHA DE ANESTESIA

Reg: 120282

Data

Acomodação

Paciente

RYTEIMARA JOSE DA SILVA

CRM

19286

Nome do Anestesiologista

RODRIGO LAMARCA

Nome do Cirurgião

ANNAHAN

Sexo

F

Cor

PBNA

Idade

18

Risco

IE

Medicação Pré-anestésica

Cirurgia

110 crupico de fatura da clareira

Urgência

☐ NÃO

☒ SIM

Drogas Usadas

Quantidade

1 FENTANIL 50-4
2 MIDAZOLAM 1-1
3 UDO 4V 400-4
4

Técnica Anestésica

R PB 10A VIA INTEROS
CAEENCA C/ANALIS DE
USG

- Monitorização
- ☐ BIS
 - ☐ Temperatura
 - ☐ Swan-Ganz
 - ☐ Analisador Gases
 - ☐ PVC
 - ☐ Estimulador de Nervo
 - ☐ Linha Arterial
 - ☐ Volamio ISP Plus

Encaminhado

- ☒ Acordado
- ☐ Sonolento
- ☐ Intubado

Destino

- ☒ SRPA
- ☐ Apart/Enf.
- ☐ UTI
- ☐ Externo

Interconexão:

☒ NÃO ☐ SIM

Descrever:

GESTAO POR VOLTA DE 13º SEMANA (11)
ALCAICA A DIPIRONA!!

Observações:

ASSINADO ELETRONICAMENTE
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinatura do Anestesiologista



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/09/2020 17:37:39
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090817373931300000066344082>
 Número do documento: 20090817373931300000066344082



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: 120288

Atendimento: 522370

Dt. Cad: 14/09/2019

Nome: RUTE MARIA JOSE DA SILVA

Dt. Nasc: 05/07/2001

Mãe: MARIA JOSE DA SILVA

Bairro: CENTRO

End.: ENGENHO CAETES

Cidade: IPOJUCA

Enferm.: LEITO 08-E

Leito: 252

CNS:

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

☒ Confirmação sobre o paciente

- Identificação do paciente
- Local da cirurgia a ser feita
- Procedimento a ser realizado
- Consentimento informado realizado

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

☒ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

☒ Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica

☒ Checagem do equipamento anestésico

☒ Oxímetro de pulso instalado e funcionando

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

☒ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

O paciente tem alguma alergia?

☐ Não

☒ Sim

Aspirina

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? *Não*

Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? *2h, Não*

Exames de imagem estão disponíveis?

☒ Sim

☐ Não se aplica

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

☒ 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

☒ 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

Artroscopia de rot. clavícula

(D)



MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

PACIENTE:	Rute Maria José da Silva			DATA:	15/09/19		
CIRURGIÃO:	Dr. Abraham			RG:	120288		
ANESTESISTA:	Dr. Bordinho + Dr. Bressa			AUXILIAR:			
CIRURGIA:	Histerectomia de frot. de celomica			ANESTESIA:	Bloq. de plexo		
ESTRUMENTADOR:	Trabado			COORDENAÇÃO DO BLOCO:	Ruana		
CIRCULANTE:	Adriana Faria			COREN:	911.25		
ENFERMEIRA:	Anna			HORÁRIO INICIAL:	19.20		
				HORÁRIO FINAL:			

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
AGULHAS			
13X4,5	25X7	25X8	40X12
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27
ATADURAS			
REPE 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
QUEOST 9,0			
CATETER			
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	
LIMPADORES			
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400
CURATIVOS			
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX
EQUIPOS			
BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SORO MACRO
EXTENSORES			
20CM	40CM	60CM	120CM
LAMINAS			
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6	
LUVAS			
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5
SERINGAS			
1ML	3ML	5ML	10ML
20ML	60ML	60ML CATETER	
AVENTAL CIRUR.			
B5. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/ VIDEO	
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXAO 2VIAS	CONEXAO 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 14
KHER 16	SUCCAO 3,2	SUCCAO 4,8	SUCCAO 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 08	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 CIRURGICOS			
ALGODAO 0	ALGODAO 2-0	ALGODAO 3-0	FITA CARDIACA
CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 2
PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	CERA P/OSSE	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	ACO 1	ACO 4	ACO 6

CÓD. 39407



GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Lucy Maria da Silva Data: 15/09/19 Hora: 18.15 Registro: 120288
Convênio: SUS Lento: _____ Paco: _____ Altura: _____

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Horta Anestesiata: Dr. Rodrigues + Dr. Gomes
Auxiliar: _____ 2º Auxiliar: _____ Instrumentador: Isabel

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Ressecção de pâncreas de 1º grau (D) Início: 19.10 Término: _____
Anestesia: Bloco de pâncreas Início: 18.35 Término: _____

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: _____

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 ()
Cachêo Térmico () Bisturi Ultrassônico () Antoscópio () Microscópio ()
Bisturi Elétrico () Local da Peça: DORSO
Carro de Anestesia () Difusor () Interalificador ()
Ap. Vídeo () Bomba de Infusão () Nº ()
Oxigênio () Início _____ Término _____
Protótipo () Início _____ Término _____
Gás Carbônico () Início _____ Término _____
Outros: _____

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Câmbia Orotraqueal: Sim () Não () Função Venosa: Sim () Não ()
Sonda Vesical de Demora: Sim () Não () Sonda Gástrica: Sim () Não ()
Anestesia (Tipo e Local): Sim () Não ()
Curativo (Tipo e Local): Sim () Não ()

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: ve. pâncreas de 1º grau CIRURGIA: _____

6 - OBSERVAÇÕES:

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

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

Data: 15/09/19 Hora: _____ Enfermeira: Anne Circulante: Adriana Lima

CÓD. 38607



TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

NOME: Rute Mª JOX da Silva
REGISTRO: 920 288 DATA: 16/09/19 DATA NASC: 05/07/2001
SETOR DE ORIGEM: BC 42 / 68 PA SETOR DE DESTINO: TRIO

S	Situação (Enfermagem)	Nível de Consciência: <u>Consciente, orientado</u> HGT: <u>96</u> PA: <u>120 x 100</u> Pulso: <u>60</u> Temp: <u>36,5</u> FR: <u>13</u> Oximetria: <u>99%</u> 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 <u>Não</u> () Sim // SVD <u>Não</u> () Sim Alergia: () Não () Sim Qual: <u>Diphen</u> Hemoderivados: () Não () Sim Qual: _____ Medicação de uso contínuo: _____ Riscos: () LPP () Queda () Elete () Outros: _____ Grau de Complexidade: () Crítico () Semi Crítico () Alta dependência <u>Intermediária</u> () Mínimo
R	Recomendação (Enfermagem)	Exames Laboratoriais: () Coletado <u>Não</u> Coletado Qual: _____ Exames de Imagem: <u>Realizado</u> <u>Rx controle pós operatório</u> () Pendente Curativo: () Não () Sim Local: <u>oclusão em vasos claviculares</u> (D) Isolamento: <u>Não</u> () Sim Qual: <u>+ tipóia</u>

Enviado por: Ass. Médico _____ Ass. Enfermeiro Maria Celeste
Recebido por: Ass. Enfermeiro _____ Hora: _____





TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL - NRS 2002



Paciente: Rute de Almeida Jesus da Silva

Data: 15/09/19

Peso Atual: 56 Peso Habitual: 56 Altura: 1,60 Idade: 18 anos

Registro: 120288

Leito: 4034

Parte 1 - Triagem Inicial

Paciente Apresenta IMC < 20,5?

Houve Perda de Peso nos Últimos 3 meses?

IMC: 21,8 kg/m²

Houve Redução na Ingestão de alimentos na última semana?

Paciente apresenta doença grave, está em mau estado geral ou UTI?

SIM NÃO

α α

α α

α α

SIM: Se a resposta for "sim" para qualquer uma das questões, o Nutricionista deverá continuar a preencher a parte 2.
NÃO: Se a resposta for "não" para todas as questões, reavalie o paciente semanalmente.

Se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar Terapia Nutricional para evitar riscos associados. Continue e preencha a parte 2.

Parte 2 - Triagem do Risco Nutricional

Estado Nutricional		Gravidade da doença (Efeito do estresse metabólico no aumento das necessidades nutricionais)	
Ausente (Pontuação 0)	Estado Nutricional Normal	Ausente (Pontuação 0)	Necessidades Nutricionais Normais
Leve (Pontuação 1)	Perda de peso >5% em 3 meses ou ; Ingestão alimentar abaixo de 50-75% da necessidade normal na semana anterior.	Leve (Pontuação 1)	Fratura de Quadril; Pacientes crônicos com complicações agudas: Cirroze, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); Diabetes, Câncer, Hemodiálise crônica.
Moderado (Pontuação 2)	Perda de peso >5% em 2 meses ou ; IMC 18,5-20,5 + condição geral comprometida ou ; Ingestão alimentar entre 25-80% da necessidade normal na semana anterior.	Moderado (Pontuação 2)	Cirurgia abdominal de grande porte; Acidente vascular cerebral (AVC); Pneumonia grave; Doenças malignas hematológicas (leucemias e linfomas).
Grave (Pontuação 3)	Perda de peso >5% em 1 mês (>15% em 3 meses) ou IMC <18,5 + condição geral comprometida ou ; Ingestão alimentar entre 0-25% da necessidade normal na semana anterior.	Grave (Pontuação 3)	Trauma Craniano; Transplante de medula óssea; Pacientes em cuidados intensivos (APACHE >10).

Pontuação (Estado nutricional) + Pontuação (gravidade da doença) = Escore total = 01

Para calcular o escore total: A. Encontre o escore (de 0 a 3) para o estado nutricional e para a gravidade da doença (escolher apenas a variável de maior gravidade); B. Some os dois escores para obter o escore total; C. Se o paciente apresentar idade > ou igual a 70 anos, adicione 1 ponto ao escore total para ajustar a fragilidade dos idosos.

Escore total > ou igual a 3: O paciente está em risco nutricional e a TN deve ser iniciada.

Escore total < 3: No momento, o paciente não apresenta risco nutricional e deve ser reavaliado semanalmente. Porém, se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar terapia nutricional para evitar riscos associados.

Pontuação = 1: A necessidade proteica está aumentada, mas o déficit proteico pode ser recuperado pela alimentação oral ou pelo uso de suplementos, na maior parte dos casos.

Pontuação = 2 A necessidade proteica está substancialmente aumentada e o déficit proteico pode ser recuperado na maior parte dos casos com o uso de suplementos orais / dieta enteral.

Pontuação = 3 A necessidade proteica está substancialmente aumentada e não pode ser recuperada somente com o uso de suplementos orais / dieta enteral.

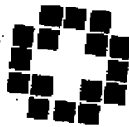
Fabrizio
Nutricionista
CRN 7556

Nutricionista

Nutritional Risk Screening - NRS é baseada em estudos clínicos randomizados e recomendada pelo Guideline da ESPEN para o âmbito hospitalar

*Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M : Educational and Clinical Practice Committee. European Society for Parenteral and Enteral Nutrition(ESPEN). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clin Nutr 2003;22(4):415-21. *European Society for Parenteral and Enteral Nutrition. Questionário traduzido e utilizado pela nutricionista Mariana Rastan.





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Nome: Julia Maria da Silva Leito da SRPA: 120288
Leito de origem: 402-04 data: 15/09/19 Hora: 20:40 Registro: 120288

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Fratura do clavícula direita
Tipo de anestesia: bloqueio pleo.
Equipe: Dr. Abraham
Anestesista: Dr. Rodrigo

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: MOE
Acesso Venoso Central: (x) Não () Sim Onde:
Drenos: () não () sim Onde:
Sinais vitais: PA: 150 x 89 mmHg FR: 12 p/min FC: 61 p/min SaPO2: 99%
Glasgow:

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	20:55	21:10	21:25	21:40	22:10	22:40
FR	150 x 80	160 x 83	160 x 80	161 x 82	160 x 80	162 x 100
FC	12	13	13	13	13	13
SaPO2	99%	99%	99%	99%	99%	99%
Glasgow	—	—	—	—	—	—

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: 149 x 75 FC: 59 FR: 13 SaPO2: 99% Glasgow:

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

Data: 15/09/19 Horário: 23:00 Responsável pelo encaminhamento:

Alta da SRPA pelo médico:



TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

NOME: <u>Dr. Carlos da Silva</u>		DATA NASC: <u>05/04/1964</u>
REGISTRO: <u>320288</u>		HORA: <u>14:30</u>
SETOR DE ORIGEM: <u>Unidade</u>		SETOR DE DESTINO: <u>Beira</u>
S	Situação (Enfermagem)	Nível de Consciência: <u>Consciente</u> HGT: <u>OK</u> PA: <u>120/80</u> Pulso: <u>72</u> Temp: <u>36,5</u> FR: <u>18</u> Oximetria: <u>98</u> Padrão respiratório: <u>Ar ambiente</u> () Suporte de O2 () CatO2 () NBZ () TOT () Traqueo VM () Traqueo NEB Intercorrência nas últimas 24h: <u>Nenhuma</u>
B	Base do cenário (médico)	Breve relato do caso: <u>Nenhuma</u> Antibiótico profilático: () Não () Sim Antibiótico terapêutico: () Não () Sim Qual: <u>Nenhuma</u> Horário: <u>Nenhuma</u> Drogas Vasoativas: () Não () Sim Qual: <u>Nenhuma</u> Prognóstico: () Crônico () Não Crônico Nutrição: () Jejum () Dieta
A	Análise (Enfermagem)	Dispositivos Invasivos: Cateter central () Não () Sim // SVD () Não () Sim Alergia: () Não () Sim Qual: <u>Dipirona</u> Hemoderivados: () Não () Sim Qual: <u>Nenhuma</u> Medicação de uso contínuo: <u>Nenhuma</u> Riscos: () LPP () Queda () Febre () Outros: <u>Nenhuma</u> Grau de Complexidade: () Crítico () Semi Crítico () Alta dependência () Intermediário () Mínimo
R	Recomendação (Enfermagem)	Exames Laboratoriais: () Coletado () Não Coletado Qual: <u>Nenhuma</u> Exames de Imagem: () Realizado <u>TC</u> () Pendente Curativo: () Não () Sim Local: <u>Nenhuma</u> Isolamento: () Não () Sim Qual: <u>Nenhuma</u>

Enviado por: Ass. Médico

Ass. Enfermeiro

Recebido por: Ass. Enfermeiro

Hora:

VALDO DE MELLO
Enfermeiro
08/09/2020



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

Nome: Rute Maria José da Silva Registro: 420288
Clínica: _____ Enfermaria: S.R.P.A Leito: _____
Sexo: _____ Peso de admissão: _____ Kg Peso Atual: _____ Kg
Hipótese Diagnóstica: _____

HORA: _____ DATA: 15/09/19
PLANTÃO DIURNO: Impa
Estado Geral: (☒) Regular () Grave () Gravíssimo
Dieta: (☒) VO () SNG () SNE () SML () SOG () Dieta Zero
Padrão Respiratório: (☒) Eupneico () Taquipneico () Bradipneico
Acesso Venoso: (☒) Periférico () Central Local: MS
Curativo: (☒) Sim () Não Local: _____
Drenos: () Sim () Não Local: _____
Evacuações: () Sim () Não Local: _____
Observações: Paciente E.G.R., admitido na S.R.P.A
com 02 hs. de consciência, orientado, porém com déficit de memória
da enfermagem, segue sob cuidados

Auxiliar / Técnico de Enfermagem: Camila 001120021
HORA: 20:10h DATA: 15/09/19
PLANTÃO NOTURNO: Impa
Estado Geral: (☒) Regular () Grave () Gravíssimo
Dieta: (☒) VO () SNG () SNE () SML () SOG () Dieta Zero
Padrão Respiratório: (☒) Eupneico () Taquipneico () Bradipneico
Acesso Venoso: (☒) Periférico () Central Local: MOE
Curativo: (☒) Sim () Não Local: MOE
Drenos: () Sim () Não Local: _____
Evacuações: (☒) Presente () Ausente Local: _____
Observações: # Paciente admitida na ORPA às 20:10h (consciente)
orientada, porém com déficit de memória, orientada com
resposta adequada monitorando os sinais

Auxiliar / Técnico de Enfermagem: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Técnico de Enfermagem	Horário	Responsável





UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE
HOSPITAL DOM HELDER CÂMERA
ADMISSÃO
DATA: 17/FEV/19 HORA: 02:12



1. IDENTIFICAÇÃO

HISTÓRICO

Nome: Rete Maria Jose da Silva
Enfermaria: 402 Leito: 24 Registro: 120288 Clínica: IR
Diagnóstico: DDPO plavicular

2. QUEIXAS PRINCIPAIS

Sem queixas H Constante de 13 semanas

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

() Alergias Quais: DIPIRONA () Tabagismo () Etilismo () Cardiopatia () Diabetes () HAS
() Epilepsia () Depressão () Câncer () Doenças pulmonar () Cirurgias Anteriores Quais:

4. ESTADO GERAL

EXAME FÍSICO

ESTADO GERAL: ☒ Bom () Regular () Grave

5. INTEGRIDADE DA PELE

() Normocorado () Hipocorado () Acianótico () Cianótico () Anictérico () Ictérico () Pele fria () Pele úmida () Reações Alérgicas
() EDEMAS () Face () Pálpebra () MMSS () MMII () Anasarca
() LESÃO POR PRESSÃO LOCAL: NÃO

6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ Consciente () Inconsciente () Orientado () Desorientado () Torporoso () Sedado
PUPILAS: ☒ Normais () Isocóricas () Anisocóricas () Estrabismo () Midríase () Miose () Fotorreagente

7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL: ☒ Cooperativo () Choro () Irritado () Sonolento () Ansioso () Agitado

8. SINAIS VITAIS

() Afebril () Febril T. AXILAR: 36.5 °C FR: 12 IPM Sat O2: 98 () Eupneico () Dispneico () Traqueostomia () Intubado
MÚSCULOS VESICULARES: ☒ Presentes () Ausentes () Diminuídos RUIDOS ADVENTÍCIOS: () Roncos () Sibilos () Crepitações FC: 70 bpm
PA: 120 X 80 mmHg PULSO: () Filiforme () Chelo () Rítmico () Ausente ACESSO VENOSO: () Periférico Local: () Central Local:

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

DIETA: ☒ VO () SNG () SNE () GTT ABDOME: ☒ Flácido () Tenso () Distendido () Globoso () Doloroso () Plano
() Ascítico () Gravidico EVACUAÇÃO: ☒ Normal () Constipação () Flatos () Diarréia Nº evacuações: 1 Aspecto: ☒ Normal () Mucoso
() Líquida () Meténa () Odor fétido () Odor Característico () ÊMESE Aspecto: ☒ Hematêmase () Com resíduo alimentar

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

DIURESE: ☒ Presente Aspecto: Normal () Ausente ☒ Espontânea () SVD () SVA () Cistostomia () Irrigação () Anúria
() Disúria () Hematúria () Oligúria () Polaciúria

11. SISTEMA MUSCULOSQUELÉTICO

MOBILIDADE: ☒ Ativa () Passiva MOVIMENTO CONSERVADO: ☒ Sim () Não FORÇA MOTORA: ☒ Sim () Não () PARESIA Local: Não
() AMPUTACÃO Local: Não () GESSO Local: Não () TALA GESSADA Local: Não
Outros: Não

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica
FC- Frequência Cardíaca
SNG- Sonda Nasogástrica

MMSS- Membros Superiores
VO- Via Oral
SNE- Sonda Nasoenteral

MMII- Membros Inferiores
SVD- Sonda vesical de demora
VAS- Via Aérea Superior

FR- Frequência respiratória
SVA- Sonda vesical de alívio
GTT- Gastrostomia



ESCALA DE BRADEN - Avaliação de Risco para Lesões					Resultado
Descrição	1	2	3	4	
PERCEPÇÃO SENSORIAL	Totalmente Limitado	Muito Limitado	Levemente Limitado	Nenhuma Limitação	() Sem Risco 18-20 pontos
UMIDADE	Completamente Molhado	Muito Molhado	Ocasionalmente Molhado	Raramente Molhado	
ATIVIDADE	Acamado	Confinado a cadeira	Anda Ocasionalmente	Anda Frequentemente	() Risco Moderado 12-17 pontos
MOBILIDADE	Totalmente Imóvel	Bastante Limitado	Levemente Limitado	Não apresenta limitações	
NUTRIÇÃO	Muito pobre	Provavelmente Inadequado	Adequado	Excelente	() Alto Risco 6-11 pontos
FRICÇÃO CISSALHAMENTO	Problema	Problema em Potencial	Nenhum Problema		

Escala de Morse para Prevenção de Quedas			
	CATEGORIA	SIM/NÃO	SCORE
1	Histórico de queda (há no Máximo 3 meses)	Não Sim	0 25
2	Diagnóstico Secundário	Não Sim	0 15
3	Auxílio para Deambular		
	Sem auxílio/acamado/auxílio de enfermagem	Sim	0
	Muletas/Bengala/Andador	Sim	15
	Deambula segurando nos móveis	Sim	30
4	Acesso Venoso	Não Sim	0 20
5	Movimentação do Paciente / transferência Normal/Repouso no leito	Sim	0
	Debilidade	Sim	10
	Prejudicada (restrito ao leito)	Sim	20
6	Estado Mental		
	Orientado para as próprias capacidades	Sim	0
	Superestima/esquece as próprias capacidades	Sim	15
Pontuação Total:			
Nível de Risco	SCORE	Ações	
Sem Risco	0 - 24	Intervenções de Prevenção Universal de Queda	
Baixo Risco	25 - 50	Intervenções para Queda	
Alto Risco	> 51	Intervenções de Prevenção para Alto Risco de Queda	

Sancionado
384 977



HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: Douta Maria Jose da Silva Registro: _____ Nº Atendimento: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração: Pród - exp. clausura @

História da Doença Atual: _____

Distúrbio autismo
Hist - pl para m consciência +
lmação alcool

Interrogatório Sintomatológica: De 1 SAEIAME



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Rute Mª Jón da Silva

Registro: 320299

Clinica:

Enfermaria:

Leito:

Data/Hora	Exatidão - SRA / Bloco #
15/09/19 23:00	Eucelia em POS obstétrica de Frnt. da clavícula (D), EGR, comumente orientada, hemoconcentrada, SBU estóico; AUP em MSE (31/09), caso tivo exclusão em supino clavicular (D) + tipica, ocorrendo bem dieta eum per U.O., diurese espontânea (U); Paciente gestante de 33 semanas; segue sem queixas, SBU estóico;
26/09/19	H/O: Faturar em Clavícula D Rt por acidente ferido na Hospital. E Gf M H Loh / Legua
16.09.19 10:30m.	Per visitada no momento encontra-se consciente, orientada, receptiva. Kato elaborando de possível alta hospitalar.

CÓD. 38251





**HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA**



EVOLUÇÃO CLÍNICA

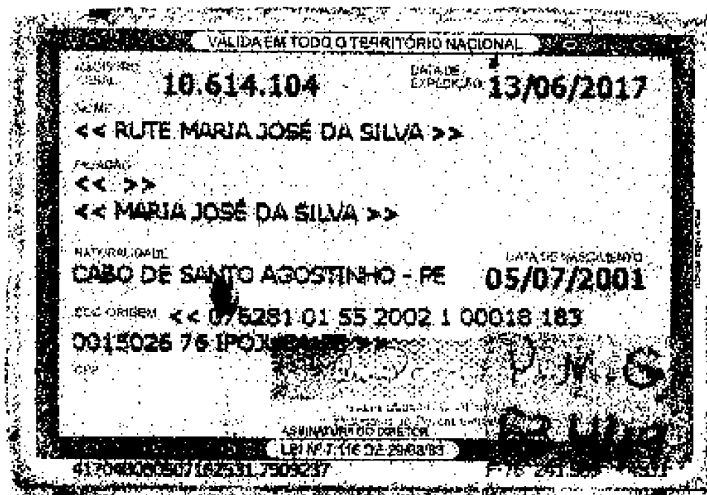
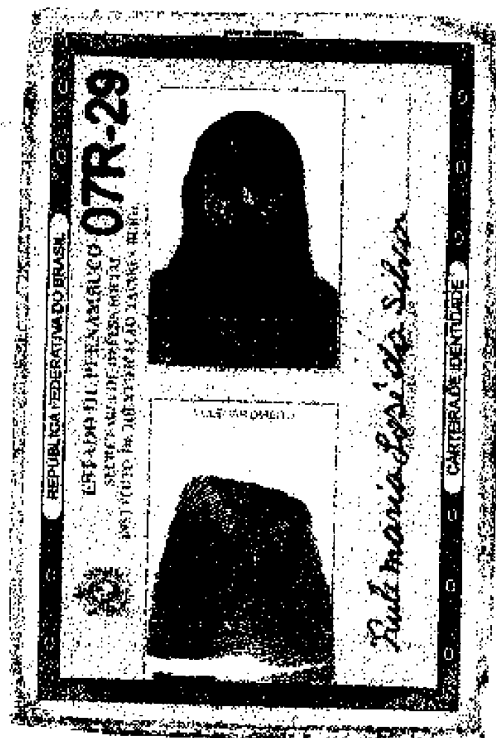
Nome: Rute maria Jesus da Silva Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

[illegible]

CÓD. 38251





SEGURO DPVAT É UM SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL OBRIGATORIA POR ACIDENTE DE TRÂNSITO. O SEGURO É CONTRATADO POR MEIO DA CARTA DE RESCATE E SEU VALOR É DETERMINADO DE ACORDO COM O VALOR DO SEGURO DPVAT.

PE Nº 014088121558 BILHETE DE SEGURO DPVAT
JOSE ANTONIO DA SILVA 55590-000

VILA CARTES IPOJUCA-PE

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

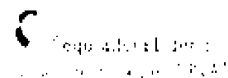
EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO	
2019		02/02/19	
VIA	CNPJ/CPF	PLACA	
1	035.955.244-70	PDR5692	
RENAVAM	MARCA/MODELO		
1071367410	F/BRINERAY XT500 PROVENTX		
ANO FISC	CICLO FISC	NÚMERO DO BILHETE	
2010	08	1XTXCEL00B0704498	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
PREMIO (R\$)	CONTRATADO (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
6.54	0.71	7.72	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL DO PRÊMIO (R\$)	
2.15	0.07	19.55	
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
☒ ÚNICO		☐ PARCELADO	
		01/02/19	

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT
 CNPJ 08.245.808/0001-04

**DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
 ELE SERÁ A ÚNICA COMPROVAÇÃO**



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0455002/19

Vítima: RUTE MARIA JOSE DA SILVA

CPF: 161.979.984-75

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 14/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RUTE MARIA JOSE DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO : 817.008.064-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

RUTE MARIA JOSE DA SILVA : 161.979.984-75

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: 17/12/2019
Nome: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO
CPF: 817.008.064-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190703876

Cidade: Ipojuca

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RUTE MARIA JOSE DA SILVA

Data do acidente: 14/09/2019

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO DIREITO.

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 MODERADA DE OMBRO DIREITO.

Documentos
complementares:

Observações: P.,3(BAM) P.5(CIRURGIA)

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR

1 OUTORGANTE Rute Maria José da Silva

Portador (a) do documento de identidade n. 10.614.104, expedido por SAS-PE em

13/10/2014 inscrito no CPF sob o n. 161.979.084-75, residente na

Engenho Coité n. 150

complemento Casa, Barrio Engenho Coité cidade Ipojuca, Estado PE

2 OUTORGADO ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Portador (a) do documento de identidade n. 4416464, expedido por SSP-PE, em

10 / 05 / 2013 inscrito no CPF sob o n. 81700806491, residente na

RUA APULEU VIEIRA n. 113, complemento CASA, Barrio VARZIA

cidade RECIFE, Estado PE.

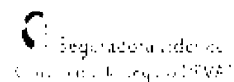
Nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado a cima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO - DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao processo de INVALIDEZ PERMANENTE, ao seguro obrigatório- DPVAT, data do acidente 14/09/2019

Ipojuca 21 de novembro de 2019

OUTORGANTE Rute Maria José da Silva



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0455002/19
Vítima: RUTE MARIA JOSE DA SILVA
CPF: 161.979.984-75
Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 14/09/2019
CPF de: Próprio
Titular do CPF: RUTE MARIA JOSE DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO : 817.008.064-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

RUTE MARIA JOSE DA SILVA : 161.979.984-75

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: 17/12/2019
Nome: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO
CPF: 817.008.064-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

JULIANA BEZERRA DE LUNA

