



05/11/2020

Número: **0032421-68.2020.8.17.2370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca do Cabo de Santo Agostinho**

Última distribuição : **07/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Seguro, Assistência Judiciária Gratuita, Honorários Advocatícios, Depoimento**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LUILSON NUNES DA SILVA (AUTOR)		JORGE VINICIUS SOARES MOREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70588877	05/11/2020 16:49	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, 31 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190607984 Vítima: LUILSON NUNES DA SILVA

Data do Acidente: 24/11/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUILSON NUNES DA SILVA

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.
---------------------------------	--

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01975/01976 - carta_03 - INVALIDEZ

00040988



Carta nº 15039512





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, 31 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190607984

Vítima: LUILSON NUNES DA SILVA

Data do Acidente: 24/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUILSON NUNES 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 15039887





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, 16 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190607984 Vítima: LUILSON NUNES DA SILVA

Data do Acidente: 24/11/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LUILSON NUNES DA SILVA

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

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 24/07/2019, emitido pelo Dr. CÍCERO HELENO ALBUQUERQUE FEITOSA CRM nº 11253 - PE, da Instituição INSTITUTO MÉDICO LEGAL, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01629/01630 - carta_31 - INVALIDEZ

00080815



Carta nº 15243149





PEDIDO DO SEGURO DPV

Autorização de pagamento



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐

2 - Nº do sinistro ou ASI:
3190607984

3 - CPF da vítima:
519.315.754-87

4 - Nome completo da vítima:
LUIZSON NUNES DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

5 - Nome completo:
LUIZSON NUNES DA SILVA

6 - CPF:
519.315.754-87

7 - Profissão:
PONTeiro

8 - Endereço:
RUA DA ESPERANÇA

9 - Número:
07 A

10 - Complemento:

11 - Bairro:
Ponteinha

12 - Cidade:
CABO DE SANTO AGOSTINHO

13 - Estado:
PE

14 - CEP:
54.589-035

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):
(81) 98553-2031

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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - 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: 0559

CONTA: 00001087

3

AGÊNCIA:

CONTA:

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 (val nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

20/11/2019

LUIZSON NUNES DA SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 040ª CIRCUNSCRIÇÃO - CABO DE SANTO AGOSTINHO -
DP40ªCIRC DIM/10ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0130007749**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **29/11/2018** às **12:22**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia
24/11/2018 às **17:00**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CANDEIAS (BAIRRO), 1, ESTRADA DE CURCURANA -**
Bairro: **CANDEIAS - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

OSIAS DE TAL (AUTOR / AGENTE)
LUILSON NUNES DA SILVA (VÍTIMA)

Boletim de ocorrência



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **OSIAS DE TAL**
ESPORTE / LAZER / AFINS: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
LUILSON NUNES DA SILVA

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

OSIAS DE TAL (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **YYYYYYYYYYYY** Pai: **YYYYYYYYYY** Data de Nascimento: **1/1/1888** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE CANDEIAS (BAIRRO), 1, AV: PRESIDENTE KENNEDY, 5427 - CEP: 55000-000 -**
Bairro: **CANDEIAS - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

LUILSON NUNES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA GOMES DA SILVA** Pai: **CARLOS NUNES DA SILVA** Data de Nascimento: **8/8/1979** Naturalidade: **CABO DE SANTO AGOSTINHO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **PORTEIRO**
Telefones Celulares:
- 34793403

Endereço Residencial: **BAIRRO DE PONTEZINHA, 1, RUA DA ESPERANÇA, 07 - CEP: 55000-000 - Bairro: PONTEZINHA - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO 1 (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **OSIAS DE TAL**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/RENAULT/SANDERO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDT2725 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

29/11/2018 12:18

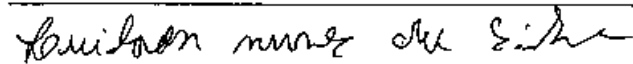


VEICULO 2 (ESPORTE / LAZER / AFINS) de propriedade do(a) Sr(a): **LUILSON NUNES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUILSON NUNES DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **BICICLETA/CALOI/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VINHO** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE TRAFEGAVA PELA ESTRADA DE CURCURANA EM SUA BICICLETA, SENTIDO AO BAIRRO DE PONTEZINHA, QUANDO ATROPELADO PELO O VEICULO 1, FRATURANDO SEU BRAÇO ESQUERDO, SENDO SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIRO PARA O HOSPITAL DOM HELOER CAMARA. PELO EXPOSTO PEDE PROVIDENCIAS POLICIAIS. CASO AFETO A DEL., DE PIEDADE.

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



LUILSON NUNES DA SILVA
(VITIMA)


B.O. registrado por: **GILBERTO CARVALHO - MAT 159803-1**

29/11/2018 12:18





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

AB

Comp. Reg. de Acidentes Declarados



Certidão nº 2018APH001734 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). LUILSON NUNES DA SILVA , 49 anos, BRASILEIRO (a), CASADO(a), RG nº 3492418 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 519.315.754-87, residente à RUA DA ESPERANCA , nº 07, , PONTEZINHA , CABO DE SANTO AGOSTINHO -PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 24/11/2018, por volta das 18:29 hs, no endereço: ESTRADA DE CURCURANA, S/N, PONTEZINHA CABO DE SANTO AGOSTINHO-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO , envolvendo AUTOMÓVEL RENAULT SANDERO, PRATA, PDT2725-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) LUILSON NUNES DA SILVA , inscrito sob o CPF nº 519.315.754-87 e Registro Geral nº 3492418, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710268-2 INOJOSA. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DOM HELDER. Registrado(a) com o prontuário nº 111251. Ficou aos cuidados do médico XXX, registro XXX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

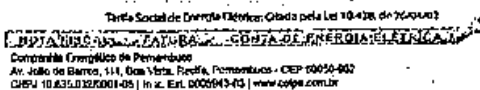
Posição em 28/12/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2018APH001734

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44





ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DA ESPERANÇA 7 A.

CPF: 519.315.754-87

PONTEZINHA/PONTEZINHA
CABO DE SANTO AGOSTINHO PE
54580-035.

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

05/05/2018	(INCA	25/03/2018
25/03/2018	2007426375	50850
DESCRICO		

CONTRA CONTRATO	ESPESAS
1008049163	03/2019
DATAS DE VENCIMENTO	DATAS PREPAGA PREPAGADA E FUTURA
01/04/2019	24/04/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	145,73

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Água (Kwh)	160,000000	0,75250334	127,17
Contrib. Terc. Pólice Municipal			15,04
ICMS Subvenção COSE-INT 086049502-34/01/18			0,02
Multa por atraso-INT 051637831 - 21/02/18			1,22
Juros por atraso-INT 051637831 - 9 Junho/18			0,43
Juros por atraso-INT 051637831 - 21/02/18			0,25

Comprovante de residencia



TOTAL DA FATURA	145,71
-----------------	--------

[illegible]

COMPARAÇÃO DO COMPORTAMENTO

PERÍODO	ÍNDICE	VARIAÇÃO	VALOR	VALOR
			ÍNDICE	ÍNDICE
1974-1975	100		100	100
1976-1977	110	10%	110	110
1978-1979	120	9%	120	120
1980-1981	130	8%	130	130
1982-1983	140	7%	140	140
1984-1985	150	7%	150	150
1986-1987	160	6%	160	160
1988-1989	170	6%	170	170
1990-1991	180	6%	180	180
1992-1993	190	5%	190	190
1994-1995	200	5%	200	200
1996-1997	210	5%	210	210
1998-1999	220	5%	220	220
2000-2001	230	5%	230	230
2002-2003	240	4%	240	240
2004-2005	250	4%	250	250
2006-2007	260	4%	260	260
2008-2009	270	4%	270	270
2010-2011	280	4%	280	280
2012-2013	290	4%	290	290
2014-2015	300	3%	300	300
2016-2017	310	3%	310	310
2018-2019	320	3%	320	320
2020-2021	330	3%	330	330
2022-2023	340	3%	340	340
2024-2025	350	3%	350	350
2026-2027	360	3%	360	360
2028-2029	370	3%	370	370
2030-2031	380	3%	380	380
2032-2033	390	3%	390	390
2034-2035	400	3%	400	400
2036-2037	410	3%	410	410
2038-2039	420	3%	420	420
2040-2041	430	3%	430	430
2042-2043	440	3%	440	440
2044-2045	450	3%	450	450
2046-2047	460	3%	460	460
2048-2049	470	3%	470	470
2050-2051	480	3%	480	480
2052-2053	490	3%	490	490
2054-2055	500	3%	500	500
2056-2057	510	3%	510	510
2058-2059	520	3%	520	520
2060-2061	530	3%	530	530
2062-2063	540	3%	540	540
2064-2065	550	3%	550	550
2066-2067	560	3%	560	560
2068-2069	570	3%	570	570
2070-2071	580	3%	580	580
2072-2073	590	3%	590	590
2074-2075	600	3%	600	600
2076-2077	610	3%	610	610
2078-2079	620	3%	620	620
2080-2081	630	3%	630	630
2082-2083	640	3%	640	640
2084-2085	650	3%	650	650
2086-2087	660	3%	660	660
2088-2089	670	3%	670	670
2090-2091	680	3%	680	680
2092-2093	690	3%	690	690
2094-2095	700	3%	700	700
2096-2097	710	3%	710	710
2098-2099	720	3%	720	720
2100-2101	730	3%	730	730
2102-2103	740	3%	740	740
2104-2105	750	3%	750	750
2106-2107	760	3%	760	760
2108-2109	770	3%	770	770
2110-2111	780	3%	780	780
2112-2113	790	3%	790	790
2114-2115	800		800	800

COMPARAÇÃO DO COMPORTAMENTO

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE PREÇOS

ÍNDICE DE

INFORMACIÓES IMPORTANTES

[illegible]

1. The following information was obtained from a review of the files of the FBI, New York Office, dated 1/15/64, and 1/16/64, and 1/17/64, and 1/18/64, and 1/19/64, and 1/20/64, and 1/21/64, and 1/22/64, and 1/23/64, and 1/24/64, and 1/25/64, and 1/26/64, and 1/27/64, and 1/28/64, and 1/29/64, and 1/30/64, and 1/31/64, and 2/1/64, and 2/2/64, and 2/3/64, and 2/4/64, and 2/5/64, and 2/6/64, and 2/7/64, and 2/8/64, and 2/9/64, and 2/10/64, and 2/11/64, and 2/12/64, and 2/13/64, and 2/14/64, and 2/15/64, and 2/16/64, and 2/17/64, and 2/18/64, and 2/19/64, and 2/20/64, and 2/21/64, and 2/22/64, and 2/23/64, and 2/24/64, and 2/25/64, and 2/26/64, and 2/27/64, and 2/28/64, and 2/29/64, and 2/30/64, and 3/1/64, and 3/2/64, and 3/3/64, and 3/4/64, and 3/5/64, and 3/6/64, and 3/7/64, and 3/8/64, and 3/9/64, and 3/10/64, and 3/11/64, and 3/12/64, and 3/13/64, and 3/14/64, and 3/15/64, and 3/16/64, and 3/17/64, and 3/18/64, and 3/19/64, and 3/20/64, and 3/21/64, and 3/22/64, and 3/23/64, and 3/24/64, and 3/25/64, and 3/26/64, and 3/27/64, and 3/28/64, and 3/29/64, and 3/30/64, and 3/31/64, and 4/1/64, and 4/2/64, and 4/3/64, and 4/4/64, and 4/5/64, and 4/6/64, and 4/7/64, and 4/8/64, and 4/9/64, and 4/10/64, and 4/11/64, and 4/12/64, and 4/13/64, and 4/14/64, and 4/15/64, and 4/16/64, and 4/17/64, and 4/18/64, and 4/19/64, and 4/20/64, and 4/21/64, and 4/22/64, and 4/23/64, and 4/24/64, and 4/25/64, and 4/26/64, and 4/27/64, and 4/28/64, and 4/29/64, and 4/30/64, and 5/1/64, and 5/2/64, and 5/3/64, and 5/4/64, and 5/5/64, and 5/6/64, and 5/7/64, and 5/8/64, and 5/9/64, and 5/10/64, and 5/11/64, and 5/12/64, and 5/13/64, and 5/14/64, and 5/15/64, and 5/16/64, and 5/17/64, and 5/18/64, and 5/19/64, and 5/20/64, and 5/21/64, and 5/22/64, and 5/23/64, and 5/24/64, and 5/25/64, and 5/26/64, and 5/27/64, and 5/28/64, and 5/29/64, and 5/30/64, and 5/31/64, and 6/1/64, and 6/2/64, and 6/3/64, and 6/4/64, and 6/5/64, and 6/6/64, and 6/7/64, and 6/8/64, and 6/9/64, and 6/10/64, and 6/11/64, and 6/12/64, and 6/13/64, and 6/14/64, and 6/15/64, and 6/16/64, and 6/17/64, and 6/18/64, and 6/19/64, and 6/20/64, and 6/21/64, and 6/22/64, and 6/23/64, and 6/24/64, and 6/25/64, and 6/26/64, and 6/27/64, and 6/28/64, and 6/29/64, and 6/30/64, and 7/1/64, and 7/2/64, and 7/3/64, and 7/4/64, and 7/5/64, and 7/6/64, and 7/7/64, and 7/8/64, and 7/9/64, and 7/10/64, and 7/11/64, and 7/12/64, and 7/13/64, and 7/14/64, and 7/15/64, and 7/16/64, and 7/17/64, and 7/18/64, and 7/19/64, and 7/20/64, and 7/21/64, and 7/22/64, and 7/23/64, and 7/24/64, and 7/25/64, and 7/26/64, and 7/27/64, and 7/28/64, and 7/29/64, and 7/30/64, and 7/31/64, and 8/1/64, and 8/2/64, and 8/3/64, and 8/4/64, and 8/5/64, and 8/6/64, and 8/7/64, and 8/8/64, and 8/9/64, and 8/10/64, and 8/11/64, and 8/12/64, and 8/13/64, and 8/14/64, and 8/15/64, and 8/16/64, and 8/17/64, and 8/18/64, and 8/19/64, and 8/20/64, and 8/21/64, and 8/22/64, and 8/23/64, and 8/24/64, and 8/25/64, and 8/26/64, and 8/27/64, and 8/28/64, and 8/29/64, and 8/30/64, and 8/31/64, and 9/1/64, and 9/2/64, and 9/3/64, and 9/4/64, and 9/5/64, and 9/6/64, and 9/7/64, and 9/8/64, and 9/9/64, and 9/10/64, and 9/11/64, and 9/12/64, and 9/13/64, and 9/14/64, and 9/15/64, and 9/16/64, and 9/17/64, and 9/18/64, and 9/19/64, and 9/20/64, and 9/21/64, and 9/22/64, and 9/23/64, and 9/24/64, and 9/25/64, and 9/26/64, and 9/27/64, and 9/28/64, and 9/29/64, and 9/30/64, and 10/1/64, and 10/2/64, and 10/3/64, and 10/4/64, and 10/5/64, and 10/6/64, and 10/7/64, and 10/8/64, and 10/9/64, and 10/10/64, and 10/11/64, and 10/12/64, and 10/13/64, and 10/14/64, and 10/15/64, and 10/16/64, and 10/17/64, and 10/18/64, and 10/19/64, and 10/20/64, and 10/21/64, and 10/22/64, and 10/23/64, and 10/24/64, and 10/25/64, and 10/26/64, and 10/27/64, and 10/28/64, and 10/29/64, and 10/30/64, and 10/31/64, and 11/1/64, and 11/2/64, and 11/3/64, and 11/4/64, and 11/5/64, and 11/6/64, and 11/7/64, and 11/8/64, and 11/9/64, and 11/10/64, and 11/11/64, and 11/12/64, and 11/13/64, and 11/14/64, and 11/15/64, and 11/16/64, and 11/17/64, and 11/18/64, and 11/19/64, and 11/20/64, and 11/21/64, and 11/22/64, and 11/23/64, and 11/24/64, and 11/25/64, and 11/26/64, and 11/27/64, and 11/28/64, and 11/29/64, and 11/30/64, and 12/1/64, and 12/2/64, and 12/3/64, and 12/4/64, and 12/5/64, and 12/6/64, and 12/7/64, and 12/8/64, and 12/9/64, and 12/10/64, and 12/11/64, and 12/12/64, and 12/13/64, and 12/14/64, and 12/15/64, and 12/16/64, and 12/17/64, and 12/18/64, and 12/19/64, and 12/20/64, and 12/21/64, and 12/22/64, and 12/23/64, and 12/24/64, and 12/25/64, and 12/26/64, and 12/27/64, and 12/28/64, and 12/29/64, and 12/30/64, and 12/31/64.

DISTRIBUIÇÃO E FREQUÊNCIAS DAS INTERVENÇÕES					NÍVEL DE VIOLÊNCIA		
COLABORANTE	MÉDIA ANUALMENTE	LIMITE INFERIOR	LIMITE SUPERIOR	LIMITE PADRÃO	TAXA DE VIOLÊNCIA (%)		
					absoluto	relativo	absoluto
CMO	0,00	5,19	10,36	27,77	270	207	231
PMC	0,00	3,23	6,47	13,95			
DANC	0,00	2,34	4,68	9,36			

© 2006 by The McGraw-Hill Companies, Inc.





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 24/04/2002
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111 - Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.832/0001-08 | Insc. Est. 0005943-83 | www.celpe.com.br

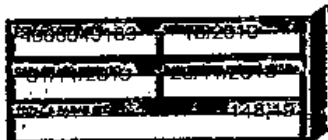
DEBORA FERREIRA SILVA

EMPREGADA DOMICILIADA CONSUMIDORA

CPF 519.315.754-87

PONTEZINHA/PONTEZINHA
CASA DE SANTO AGOSTINHO PE
54.589-035

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL



Consumo Ativo (kWh)
Acréscimo Bandeira AMARELA
Acréscimo Bandeira VERMELHA
Contrib. Num. Publica Municipal
ICMS Subvenção COE-NE 074911550-2970610

QUANTIDADE	PERÍODO (Mês)	VALOR (R\$)
156.800,000	11/2018/12/2018	122,46
		2,67
		2,09
		18,15
		0,89

Comprovante de residência



TOTAL DA FATURA

148,19

PERÍODO	Tipo da Fatura	Anterior	Atual	Nº de	Constante	Ajuste	Consumo (kWh)
11/2018	110	101,00	148,19	0001	1,0000		156,80

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

PERÍODO	Tipo da Fatura	Anterior	Atual	Nº de	Constante	Ajuste	Consumo (kWh)
11/2018	110	101,00	148,19	0001	1,0000		156,80
12/2018	110	101,00	148,19	0001	1,0000		156,80
01/2019	110	101,00	148,19	0001	1,0000		156,80
02/2019	110	101,00	148,19	0001	1,0000		156,80
03/2019	110	101,00	148,19	0001	1,0000		156,80
04/2019	110	101,00	148,19	0001	1,0000		156,80
05/2019	110	101,00	148,19	0001	1,0000		156,80
06/2019	110	101,00	148,19	0001	1,0000		156,80
07/2019	110	101,00	148,19	0001	1,0000		156,80
08/2019	110	101,00	148,19	0001	1,0000		156,80
09/2019	110	101,00	148,19	0001	1,0000		156,80
10/2019	110	101,00	148,19	0001	1,0000		156,80

Atenção: Este comprovante é emitido pelo CELPE, conforme Decreto Estadual nº 4.614/13. O cliente é responsável por verificar a validade das informações aqui apresentadas. Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br ou a Central de Atendimento ao Cliente 0800-000000.

PERÍODO	Tipo da Fatura	Anterior	Atual	Nº de	Constante	Ajuste	Consumo (kWh)
11/2018	110	101,00	148,19	0001	1,0000		156,80
12/2018	110	101,00	148,19	0001	1,0000		156,80
01/2019	110	101,00	148,19	0001	1,0000		156,80
02/2019	110	101,00	148,19	0001	1,0000		156,80
03/2019	110	101,00	148,19	0001	1,0000		156,80
04/2019	110	101,00	148,19	0001	1,0000		156,80
05/2019	110	101,00	148,19	0001	1,0000		156,80
06/2019	110	101,00	148,19	0001	1,0000		156,80
07/2019	110	101,00	148,19	0001	1,0000		156,80
08/2019	110	101,00	148,19	0001	1,0000		156,80
09/2019	110	101,00	148,19	0001	1,0000		156,80
10/2019	110	101,00	148,19	0001	1,0000		156,80

PERÍODO	Tipo da Fatura	Anterior	Atual	Nº de	Constante	Ajuste	Consumo (kWh)
11/2018	110	101,00	148,19	0001	1,0000		156,80
12/2018	110	101,00	148,19	0001	1,0000		156,80
01/2019	110	101,00	148,19	0001	1,0000		156,80
02/2019	110	101,00	148,19	0001	1,0000		156,80
03/2019	110	101,00	148,19	0001	1,0000		156,80
04/2019	110	101,00	148,19	0001	1,0000		156,80
05/2019	110	101,00	148,19	0001	1,0000		156,80
06/2019	110	101,00	148,19	0001	1,0000		156,80
07/2019	110	101,00	148,19	0001	1,0000		156,80
08/2019	110	101,00	148,19	0001	1,0000		156,80
09/2019	110	101,00	148,19	0001	1,0000		156,80
10/2019	110	101,00	148,19	0001	1,0000		156,80

Da a Pelo





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 469408

Data e Hora do Atendimento: 24/11/2018 20:16

Usuário do Atendimento: AMANDAMMS

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: LUILSON NUNES DA SILVA

Prontuário: 111251

Nome da Mãe: MARIA GOMES DA SILVA

Nome do Pai: CARLOS NUNES DA SILVA

Data do Nascimento: 08/08/1969

Idade: 49 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: CASADO

RG: 3492418

SDS PE Data Emissão:

CPF: 51931575487

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

Escolaridade:

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: VIGILANTE

Endereço: RUA DA ESPERANCA

7

PONTEZINHA

Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

PE

CEP: 54589035

Fone:

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: BOMBEIRO

Médico: JACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 19

Documentação médico - hospitalar



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, 24/11/2018

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: _____

Diagnóstico: Franco com Dor -

Procedimento: Flac + Papan + FIOR

Alta em: 24 / 11 / 18 Hora: 20:00

Médico e C.R.M.: _____

Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____

Assinatura e R.G.: _____

Hospital Dom Helder Câmara
Sofia Lygia
Faturamento
Em: _____

HCH Hospital Dom Helder Câmara
Manoel F. Godoy
Arquivista
SANE/Faturamento

Vigilância Epidemiológica
NEPI / HDH
27/11/18
Jaura



C.G. torf

HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA

Atendimento: 469394 Senha da Classificação: 0047

Data e Hora: 24/11/2018 19:53

Paciente: 111251 LUILSON NUNES DA SILVA Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 08/08/1969 Idade: 49 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
Nome da Mãe: MARIA GOMES DA SILVA Nome do Pai: CARLOS NUNES DA SILVA CRM: 17726
Estado Civil: CASADO Nome do Médico: JACIEL SOARES DE OLIVEIRA
Endereço: RUA DA ESPERANCA 7 Bairro: PONTEZINHA
Cidade/UF: CABO DE SANTO AGOSTINHO PE Usuário Atendimento: JACIANEBO
RG (Identidade): 3492418 Data de Emissão:
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 5193157-8 Fone:
Cartão SUS: Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

*Dores no corpo e na articulação
do joelho direito.*

Exame Físico

*1) Cor/PA/10/10/100mmHg/100mmHg/100mmHg
2) Abd. neg. dor à palpação profunda
3) M. em range de movimento*

Hipótese Diagnóstico

Fadiga com Olheira (E)

Conduta Terapêutica

Z.1

Prescrição Médica

1) Analg. 100mg @ 4h em caso de dor ATENDIDO

Dr. Bruno Lins
CRM 17726-6
Carreira Médica

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:
LEITO DO PACIENTE:



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE (MIP)

Data e hora retirada da senha: 24/11/2018 19:39

Nome Paciente:	LUISON NUNES DA SILVA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	08/08/1969
Sexo:	Masculino
Idade:	49
Senha:	0047
Convênio:	
Atendimento:	
SAME:	

Período: 24/11/2018 19:41 - 24/11/2018 19:44

GECIANE SOARES DE ANDRADE - COREN: 367247 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **EMERGENCIA - VERMELHO**

Cor: **VERMELHO**

Queixa Principal: PACT. CHEGA AO SERVIÇO ENCAMINHADO PELO BOMBEIRO HD FRATURA EM UMERUO + TNZ E, ATROPELAMENTO O MESMO ESTAVA DE BICICLETA, FOI ATROPELADO PELO CARRO, NEGA VOMITOS E DESMAIOS, P O MESMO ENGEIU BEBIBA ALCOOLICA, NEGA COMIYOS E DESMAIS, NEGA ALERGIA, REFERA HAS, NEDGA DM

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR INTENSA (8-10/10)

Especialidade: CIRURGIA GERAL

DATA	LOCAL DO CORPO	CLASSIFICADO
24/11/18	TORAX CERVICAL COTOVELLO BACIA	06

Acolhido(a) por: GECIANE SOARES DE ANDRADE - COREN: 367247 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 24/11/2018 19:44

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE
HOSPITAL DOM HÉLDER CÂMERA

ADMISSÃO

DATA: / / HORA: : :



HISTÓRICO

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Antonio Carlos de Sales Registro: 11.1251 Clínica: Urologia
 Enfermaria: Leito: 403 Diagnóstico: cat. uret

2. QUEIXAS PRINCIPAIS

Sem queixas

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

() Alergias Quais: Não () Tabagismo () Etilismo () Cardiopatia () Diabetes Não
 () Epilepsia () Depressão () Câncer () Doenças pulmonares () Cirurgias Anteriores Quais: Não

EXAME FÍSICO

4. ESTADO GERAL

ESTADO GERAL: Bom () Regular () Grave

5. INTEGRIDADE DA PELE

() Normocorada () Hipocorada () Cianótico () Anictérico () Ictérico () Pele fria () Pele úmida () Reações Alérgicas
 () EDEMAS () Face () Palpebra () 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 () Mídrise () Míose () Fotoforagente

7. ESTADO EMOCIONAL

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

8. SINAIS VITAIS

Afebril () Febril T. AXILAR: 36,5 °C FR: 12 RPM Sat O2: 98 () Dispneico () Traqueostomia () Intubado
 MURMÚRIOS VESICULARES: () Presentes () Ausentes () Diminuídos RUIDOS ADVENTÍCIOS: () Roncos () Sibilos () Crepitações FC: 78 bpm
 PA: 110/70 mmHg PULSO: 78 Filiforme () Chelo () Rítmico () Ausente AGRESSO VENOSO: () Periférico Local: Não
 () Central Local: Não

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

DIETA: () VO () SNG () SNE () GTT ABDOME: () Flácido () Tenso () Distendido () Globoso () Doloroso () Plano
 () Ascítico () Gravidico EVACUAÇÃO: () Normal () Constipação () Flatos () Diarréia No evacuações E. G. Aspecto: () Normal () Mucoso
 () Líquida () Melena () Dor febre () Odor Característico () EMESE Aspecto: () Hematemase () Com resíduo alimentar

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

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

11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

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

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

MMSS- Membros Superiores
 SVD- Sonda vesical de demora
 VAS- Via Aérea Superior

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

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

Página.: 0001
Data.: 26/11/2018
Hora.: 19:32

Aviso de Cirurgia : 38872
Paciente : 111251
Convênio Atend. : 1
Leito : 701
Dt. Início : 26/11/2018 16:45
Cid Pré-Operatório : S520
Cid Pós-Operatório : S520

Sala : 0004 SALA 04
LUISSON NUNES DA SILVA
SUS - INTERNACAO
401 - 03 - LT TRAUMA
Dt. Fim : 26/11/2018 18:45

Atendimento : 469408
Carteira :
Idade : 49 Anos

FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO CUBITO [ULNA]
FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO CUBITO [ULNA]

Procedimento: 0408020547

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO OU FRATURA-LUXAÇÃO DO COTOVELO (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 39

BLOQ DE PLEXO BRAQUIAL + SEDACAO

CIRURGIAO
ANESTESISTA

15820 BRUNO HENRIQUE PIRES DE LIRA
7817 MARCIA LEVY TEMPORAL DE MELO

Descrição Cirúrgica :

1. PACIENTE EM DECÚBITO VENTRAL EM MESA CIRÚRGICA + COLOCAÇÃO DE GARROTE PROXIMAL
2. ASSEPSIA + ANTI-SEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
4. INCISÃO EM REGIÃO POSTERIOR DO TERÇO PROXIMAL DO ANTEBRAÇO ESQUERDO
5. ABERTURA POR PLANOS + VISUALIZAÇÃO DE FRATURA COMINUTIVA DE OLÉCRANO, COM COMPROMETIMENTO ARTICULAR SIGNIFICATIVO, COM GRANDE POSSIBILIDADE DE SEQUELA
6. LIMPEZA COM SF 0,9% + REDUÇÃO DA FRATURA + FIXAÇÃO PROVISÓRIA COM FIOS-K
7. FIXAÇÃO DE FRATURA SAGITAL DO OLÉCRANO COM PARAFUSO INTERFRAGMENTAR + COLOCAÇÃO DE PLACA DE RECONSTRUÇÃO DE 10 FUROS, SENDO FIXADA COM 07 PARAFUSOS + COLOCAÇÃO DE FIO-K 2.0 PARA MELHORA DA ESTABILIDADE
8. CONTROLE RADIOSCÓPICO
9. LAVAGEM COM SF
10. SUTURA POR PLANOS
11. CURATIVO
12. RETIRADA DO GARROTE
13. RX CONTROLE

OBS.: TENTADA FIXAÇÃO COM PLACA DCP, PORÉM NÃO HAVIA INSTRUMENTAL ADEQUADO PARA MODELAR A PLACA, E POR ISSO FOI FEITA A FIXAÇÃO COM PLACA DE RECONSTRUÇÃO. A PLACA DCP FICOU DANIFICADA, SEM POSSIBILIDADE DE REUTILIZAÇÃO.

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Bruno Henrique P. de Lira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 15.820/DEOT 13.110

DR(A) : BRUNO HENRIQUE PIRES DE LIRA
CRM : 15820

BRUNO HENRIQUE PIRES DE LIRA
Sócio - Lira
Faturamento / SAME
em 28/11/2018

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Leison Nunes da Silva Data: 26-11-18 Hora: 16:40 Registro: 111291
Convênio: SUS Letto: 401-3 Paga: - Altura: -

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: D. Bruno Nise Anestesista: D.3. Marcos
Auxiliar: - 2º Auxiliar: - Instrumentador: -

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: 1º e 2º Pericardio Paralelo - Alergia ao E Início: 16:40 Término: 18:45
Anestesia: Algodão de pino e sedação Início: 16:40 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: Canal

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

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

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso () Monitor Cardíaco () PNI () Bomba CEC () Aspirador ()
Colchão Térmico () Eletrodo Ultrassônico () Artroscópio () Microscópio () Capnógrafo ()
Bisturi Elétrico () Local da Placa () Inteneticador ()
Carro de Anestesia () Difusor ()
Ap. Vídeo () Bomba de Infusão ()
Oxigênio () Início () Término ()
Protótipo () Início () Término ()
Gás Carbônico () Início () Término ()
Outros: -

5.1 - PROCEDIMENTOS:

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

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: Algodão no pericardio CIRURGIA: Algodão no pericardio de
do pericardio
-
-
-

6 - OBSERVAÇÕES: Início de sangramento às 16:30
relatado ao sanatório às 18:45
-
-
-

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

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

Data: 26-11-18 Hora: 18:45 Enfermeiro: Daniel Circulante: Primito

512972

CÓD. 38607



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA		SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA BLOCO CIRÚRGICO - SRPA		GESTÃO IMIP HOSPITALAR	
Nome: <u>Wilson Nunes da Silva</u>		Registro: <u>111253</u>		Leito: <u> </u>	
Procedimento cirúrgico: <u>No Yung</u>		Data: <u>06/11/18</u>		Hora: <u> </u>	
DIAGNÓSTICO		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		HORÁRIOS	
1. Ansiedade ☒		☒ Encorajar verbalização dos sentimentos e medos ☒ Proporcionar apoio emocional ☒ Dar informação ao paciente e familiares ☐ Outros: <u> </u>			
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: <u> </u> ☐ Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de <u> </u> h ☐ Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen) ☐ Colocar o paciente em posição de Fowler			
3. Padrão de eliminação urinária () Diminuído () Aumentado		☐ Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição ☐ Registrar se: () Dor ao urinar ☐ Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea ☐ Outros: <u> </u>			
4. Dor ☒ Local: <u> </u> () Leve () Moderada () Severa		☒ Verificar qual posição adequada do paciente ☒ Avaliar a localização e a intensidade da dor ☒ Reavaliar a dor após 30 min. da administração da medicação ☐ Identificar fatores desencadeantes da dor ☐ Registrar características e intensidades da dor ☐ Outros: <u> </u> ☐ Descrever características da lesão			
5. Integridade tissular prejudicada ☒		☒ Realizar curativo a cada <u>24</u> h ☐ Realizar mudança de decúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação ☐ Medir débito de dreno de <u> </u> h ☒ Manter curativo oclusivo por <u>24</u> h ☐ Outros: <u> </u>			
6. Sangramento ☒ Local: <u> </u> () Leve () Moderada () Severo		☐ Aferir pressão arterial de <u> </u> min ☐ Manter elevado: <u> </u> ☒ Realizar curativo oclusivo ☐ Outros: <u> </u> ☐ Pinçar dreno ao manusear o paciente			
7. Imobilidade no leito prejudicada ☐		☐ Avaliar mobilização de dreno (Tracionado) ☐ Manter repouso no leito em posição: <u> </u>			

COD. 38605





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: 06

Nome: Arthur Nunes da data: 26/11/18 Hora: 18:50 Registro: 111257
Leito de origem: _____

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Tratamento Fratura Omerano (E)
Tipo de anestesia: Bloqueio Plexo + Sedação Leve
Equipe: Dr. Bruno Almeida Anestesiista: Dr. Marcus Vinícius

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: MSA
Acesso Venoso Central: (X) Não () Sim Onde: _____
Drenos: (X) não () sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 106 x 123 mmHg FR: _____ p/min FC: 53 p/min SaPO2: 93%
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	105 x 92	105 x 86	120 x 70	124 x 82	127 x 80	
FR						
FC	55	62	62	57	56	
SaPO2	95%	97%	96%	95%	97%	
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

DRA. REBECA FREITAS
Médica Anestesiologista
CPF: 057.524.114-40
CRM: 18488

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: _____

CMO 28208



DATA: 26.11.19
RG: 111251

PACIENTE: Welson Nunes da Silva
CIRURGIÃO: Dr. Bruno Lima
ANESTESISTA: Blagovest D. Macedo
CIRURGIÃO: Dr. Blagovest D. Macedo
EQUIPAMENTADOR: Renato
CIRCULANTE: Renato
ENFERMEIRA: Danielle
AUXILIAR: Blagovest ou plus + 5 doc
ANESTESIA: Blagovest ou plus + 5 doc
COORDENAÇÃO DO BLOCO: Renato
COREN: Renato
HORARIO INICIAL: 16:40
HORARIO FINAL: 18:15

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

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

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

DRENOS			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCÇÃO 3,2	SUCÇÃO 4,8	SUCÇÃO 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	POLIÉSTER 2	POLIÉSTER 2-0	POLIÉSTER 3-0
POLIÉSTER 4-0	POLIÉSTER 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 POSSO	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	AÇO 1	AÇO 4	AÇO 6

COD. 38407



HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: Wilson Nemes de S. L. Registro: _____ Nº Atendimento: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim () Não
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: Estadista

Queixa Principal e Duração:

RT para o tumor no pulmão (E)

História da Doença Atual:

RT para o tumor no pulmão (E)
período de 6 meses com tosse (E)

Interrogatório Sintomatológica:

Dor (E) Limitada (E) Edema



IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: Luison Nunes da Silva Data: 26/11/18 Registro: 111251
Convênio: SUS Leito: 401-3 Hora: 16:00

2. Equipe médica:

1º auxiliar: _____
Anestesiista: D.º Marcelo Instrumentador: Luison
Circulante: Quintino

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
1 lap 1 cerote 1 mocha	951881.21.18 20 81.60.60 HDH-CM-153A	25.11.18 02 02.12.183499
1 punho de taco 1 bico MMS 1 fio Englesim 1.0	HDH-CM-153A 08.11.18 01 08.02.193049	25.11.18 02 02.12.183501
1 Kt Anelido. 1 ex 3.5 Presmed. 2 fio K N: 2.0	HDH-CM-153A 19.11.18 02 26.11.183469	02.12.183501 10 81.60.60
1 martelo	851864.20.18 10 81.60.60 26.11.183469	03.11.18 01 03.02.193141
	4.02.193492 9.11.18 02	
	01.01.183469 22.11.183469	
	22.11.18 01 HDH-CM-153A	

LAIS PASCHOAL CORREIA S11.128
VAL: 22/11/2018
EST: 22/11/2018
PLASMA
LOTE: 286147
CME
FUNDACAO PROFESSOR MARCONI FERNANDES



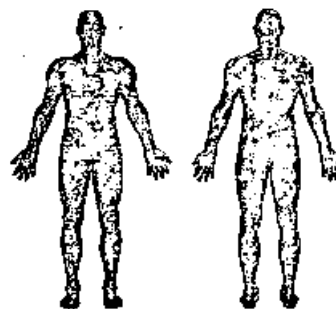
HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA

Data: ____/____/____ Hora: ____:____

CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome:	<u>Joãoilson Xuxena da Silva</u>
Data de Nascimento:	<u>11/12/59</u>
Sector:	<u>TBO</u>
Registro:	<u>401-3</u>
Leito:	<u>401-3</u>
SINAIS VITAIS	
PA: <u>110</u>	T: <u>36,5</u>
HGT:	
Observação:	



ENTREVISTA	
HIPERTENSO:	SIM (☒) NÃO (☐)
DIABÉTICO:	SIM (☐) NÃO (☒)
HÁBITOS:	TABAGISTA: SIM (☐) NÃO (☒) Há quantos anos: <u>10</u> Qtd/dia: <u>10</u>
	ETILISTA: SIM (☐) NÃO (☒) Há quantos anos: <u>10</u> Qtd/dia: <u>10</u>

EXAMES SOLICITADOS	
IMAGEM: RX (☒) TAC c/ Contraste (☐) USG (☐) ECO (☐) LABORATORIAL: SIM (☐) NÃO (☐)	
TAC s/ Contraste (☐) RNM (☐) CATE (☐) Observação:	
PARECER CARDIOLÓGICO:	SIM (☒) NÃO (☐) Risco Cirúrgico: <u>R - Moderado</u>
RESERVA DE HEMODERIVADOS:	SIM (☐) NÃO (☒) GRUPO SANGÜÍNEO:
RESERVA DE LEITO DE UTI: <u>Adquirido</u>	SIM (☐) NÃO (☐) Qual? UTE: <u>1</u> LEITO: <u>1</u>

ALERGIA		USO DE SONDAS
SIM (☐) QUAL:		SNE (☐) SNG (☐)
NÃO (☒) OBSERVAÇÃO:		SVD (☐)
ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO		Outra: <u>DRENO</u>
SIM (☐) QUAL:		SIM (☐) NÃO (☐)
NÃO (☐) OBSERVAÇÃO:		Qual: <u>1</u>
SIM (☐) QUAL:		Local: <u>1</u>
NÃO (☐) HORÁRIO DA ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO:		

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE	
JEIUM:	SIM (☒) NÃO (☐) A partir do dia: <u>11/12</u> às <u>20h</u> Observação:
HIGIENIZAÇÃO:	SIM (☒) NÃO (☐) Observação:
TRICOTOMIA:	SIM (☐) NÃO (☒) Observação:
RETIRADO ADORNOS:	SIM (☒) NÃO (☐) RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA: SIM (☐) NÃO (☐)
CIRURGIAS ANTERIORES:	SIM (☐) Quais/Datas: <u>NÃO</u>
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE:	SIM (☐) Quais/Datas: <u>NÃO</u>
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:	SIM (☒) Observação: <u>1</u> LATERALIDADE: SIM (☐) Observação: <u>1</u>
	NÃO (☐) DEMARCADA: NÃO (☐)

Enfermeiro Responsável: Renata Vaz

CÓD. 38404

(Assinar e Carimbar)





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

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

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 111251

Nome: LUIZSON NUNES DA SILVA

Mãe: MARIA GOMES DA SILVA

End.: RUA DA ESPERANÇA

Enferm.: 401 - 03 - LT TRAUMA

Atendimento: 469408

Leito: 701

Dt. Cad: 24/11/2018

Dt. Nasc: 08/08/1969

Bairro: PONTEZINHA

Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

CNS: 704202776806285

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
- ☒ Antecipação de eventos críticos:
 - Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia?
 - Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas?
- ☐ Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente?
- ☒ Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico?
- ☐ O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?
 - ☒ Sim
 - ☐ Não se aplica
- ☒ Exames de imagem estão disponíveis?
 - ☒ Sim *Px*
 - ☐ Não se aplica

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

- ☐ A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:
- ☒ Nome do procedimento realizado *Trial cring post decano (E)*
- ☐ 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

Ruana Cereja
Enfermeira
COREPE 513817

Boa noite





EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Juilson Alves da Silva Registro: 111201

Clinica: OHIO Enfermaria: two Leito: 1

Data/Hora	
26.11.18 10h	HISTÓRIA Paciente segue interessada, querendo fazer exames em uso de 10 dias. Análise patológica. FLG 6570 200 Dr. Mariana S. de Almeida Araújo Médica CRM: 2601 / 2014-08/1028
26.11.18 14:00h	Psicologia Realizado acolhimento, p/ o momento consistente, orientado, receptivo. Dr. Lúcia Helena Costa Solange Lya Pós-graduação / SANE Cm: 1 CRP 110444
	Atendimento Nutricional Data: 26/11/18 Hora: 13:00hs 0209249 Nutricionista Responsável Pte. Exame, classificado em não. Paciente segue sob acompanhamento. Dr. Rafael L. Costa Solange Lya Pós-graduação / SANE Cm: 1



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Luison Ramon de Silva Registro: 11.1251

Clinica: Ortopedia Enfermaria: Vende Leito: 1

Data/Hora	
24/11/18	Ht. 160cm Pct. sangue instaurado p/ Hto corrigido
25/11/18	Taxação 1 dia por natureza de vida caso. Refere RHC, entret. em est. química AG - OMS.
25/11/18	Cárdio. Leuc: cont 9,74; PLR 7,0; K 9,0; M: 172; Hb 13; Rt: 237000; VSA: 12; TAV: 995; V: 17 ECG: RS, riva m - 35, sem ST-T, DL BD leve, sem AKI sem EIT, BDRF, FCB Sem medicação HAB 7/10, porém com Hto DMO PCRQ, leivos Q, punso Q, crino Q dead Q e dead Q, VAEQ, AVEQ, sangramento disgostoso; Sem sintomas cardiologicos, Leitura de dados anteriores concepção correta Etiologia, supressão, remediação, bem perfundida LO TE, hidratado, carada, AR: SMA, ABC menor, ACC: RCP em 27 PA 76/80 - FC: 88; O paciente de baixo risco p/cis. de risco moderado ① Hto monitorizar ② Prescrição de 25 mg/dia





HOSPITAL
DOM HELDER GÂMARA



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Juliana Num do Sta 111251 Registro: 111251

Clinica: gastro Enfermaria: Leito:

Data/Hora	
27/11/20	# Otoposto #
15:00	AD - Farturas em oclusão @
	PET pós cirurgia com alta
	hospitalar em acompanhamento
	ambulatorial.
	com S.M. / L.H. / J. J. J.

Dr. Bruno Dutra
Otorrinolaringologista
CRM 12653





**HOSPITAL
DOM HELDER CAMARA**



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ Registro: _____

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

[illegible]



Secretaria
de Saúde



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

401/3

Resumo de Alta Hospitalar

PACIENTE: LUILSON NUNES DA SILVA			
REGISTRO: 111251	IDADE: [Status]	DATA ADMISSÃO: 24/10/2018	DATA ALTA: 27/11/2018

1) Diagnósticos Definidos:

FRATURA DE OLECRANO E

2) Conduta/ Procedimentos Realizados:

TTO COM PLACA + PARAFUSO + FIO K

3) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

4) Informações Complementares:

- 1) MANTER MEMBRO ELEVADO
- 2) FAZER COM FREQUÊNCIA ELEVADA MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO DOS DEDOS DA MÃO
- 3) MANTER IMOBILIZAÇÃO ATÉ O RETORNO
- 4) CURATIVO DIÁRIO EM POSTO DE SAÚDE
- 5) RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 02 SEMANAS
- 6) NÃO PEGAR EM PESO

Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X) Data da Consulta: 12/12/2018

Não ()

08:00 às 09:00

Por ordem de chegada

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

Dr. Bruno Dutra
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 20893



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de
retorno ambulatorial no HDH.



Resumo de Alta Hospitalar

PACIENTE: LUILSON NUNES DA SILVA

REGISTRO: 111251 IDADE: [Status] DATA ADMISSÃO: 24/11/2018 DATA ALTA: 27/11/2018

1) Diagnósticos Definidos:

FRATURA DE OLECRANO E

2) Conduta/ Procedimentos Realizados:

TTO COM PLACA + PARAFUSO+ FIO K

3) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

4) Informações Complementares:

- 1) MANTER MEMBRO ELEVADO
- 2) FAZER COM FREQUÊNCIA ELEVADA MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO DOS DEDOS DA MÃO
- 3) MANTER IMOBILIZAÇÃO ATÉ O RETORNO
- 4) CURATIVO DIÁRIO EM POSTO DE SAÚDE
- 5) RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 02 SEMANAS
- 6) NÃO PEGAR EM PESO

Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X) Data da Consulta: 12/12/2018

Não ()

07 AS 9:00
Por ordem do chefe

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.



**FISIOTERAPIA DO CABO**Ficha do Paciente Grupo SUS: 1

SUS ☒ PART. () ACUPUNTURA ()	Mês/ano: 04/19	1.25/02	6.10/04
Nome: <u>Douglas Nunes da Silva</u>	Horário: 07:00	2.01/04	7.12/04
CNS:	TTO: 74054	3.03/01	8.16/04
Data Nascimento: 08/08/69 Cor: 02	Patologia: <u>Doença de espondilite E. crônica.</u>	4.05/04	9.17/04
Hipertenso () Diabético () Cardiopata ()	Controle de PA: Sim ()	5.08/01	10.22/04
		XX	XX
Observação: "Vir todos os dias marcados e no horário correto." "Não faltar!"			

Rua José Plech Fernandes, 115 - Loja B - Centro - Cabo de Santo Agostinho - PE

Fone: (81) 4123-0131

Dr. Emanoel Serrano
Fisioterapeuta
(24.559-F)

LAUDO MÉDICO

Data do Atendimento: 14/01/19

Nº PRONTUÁRIO: 111251

NOME DO PACIENTE: Luiza Pereira do Silva

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Fratura do úmero,
@ com tratamento cirúrgico

CID: do ano de 49 dias
recumbente protensão p/ mobilizar

OBS.: teor

Anderson Ary Dias
Ortopedista e Traumatologista
CRM-21731

Nº DIAS: SSO
90 (—) AFASTAMENTO DO TRABALHO

Assinatura do Médico
Carimbo





LAUDO MÉDICO

Data do Atendimento: 12/12/18

Nº PRONTUÁRIO: 111251

NOME DO PACIENTE: Dulson Nunes da Silva

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Pos op
Frouxo de decano (E) grave

CID: 552

OBS.:

Nº DIAS: _____ () AFASTAMENTO DO TRABALHO

Dra. Mariana S. de Almeida
Assinatura do Médico
Capimbo
CREMEPE: 20110516494827300000069214027



Fisioterapia

Data do atendimento: 27/11/2018

Paciente:

LUILSON NUNES DA SILVA

SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA

INDICAÇÃO CLÍNICA:

FRATURA DE OLECRANO E

Nº : VINTE (20) SESSÕES

Dr. Bruno Dutra
Ortopedia/Traumatologia
CRM/PE 26693

Cabo de Santo Agostinho, 27 de novembro de 2018



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: Francisco Ferreira Júnior
 CRM. UF: PE Nº 23424
 Endereço: Hosp. Dom Helder Câmara,
 Rodovia BR 101 Sul-KM 95, CEP 54.510-000
 Cabo de Santo Agostinho – PE
 Fone: (81) 3183.0000

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

27/11/2018

Paciente: **LUILSON NUNES DA SILVA**

Endereço:

Prescrição:

1) CEFALOXINA 500 MG – 28 COMPRIMIDOS
 TOMAR 01 COMP VO 6/6H DURANTE 07 DIAS

2) Dipirona 01g – 01 caixa
 Tomar 01 comprimido via oral de 6/6h quanto tiver dor.

Dr. Bruno Dalto
 Ortopedia/Traumatologia
 CRM/PE 26693

OPCIONAL PARA DOR MUITO FORTE:

3) Paco (paracetamol 500mg+ codeína 30mg) – 01 caixa
 Tomar um comprimido via oral de 8/8horas se a dor for muito forte

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.: Órg. Emissor:

End.:

Cidade: UF:

ne:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____



LAUDO MÉDICO

Data de Atendimento: 12,04,19

Nº PRONTUÁRIO: 111751

NOME DO PACIENTE: Wilson Nogueira da G.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Fraqueza em Canela ©

CID:

342.4

OBS.:

Tempo Consolidação Óssea

Nº DIAS

AFASTAMENTO DO TRABALHO

Tempo Consolidação em Flexão
de cerna

Dr. Bruno Daltro
Ortopedia/Reumatologia
CRM/PE 26693

Assinatura do Médico
Carimbo

CÓD. 38391



LAUDO MÉDICO

Data de Atendimento: 12.09.17

Nº PRONTUÁRIO: 281251

NOME DO PACIENTE: Leanderson Nunes da Silva

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: 7º mês pós-operatório
fratura de costelas esquerda.

CID: Laboreio para retorno às atividades
laborais.

OBS.: Alta ambulatorial.

CID: 559.7

Nº DIAS _____ () AFASTAMENTO DO TRABALHO

Vinício de Escala
08/09/2017
08/09/2017

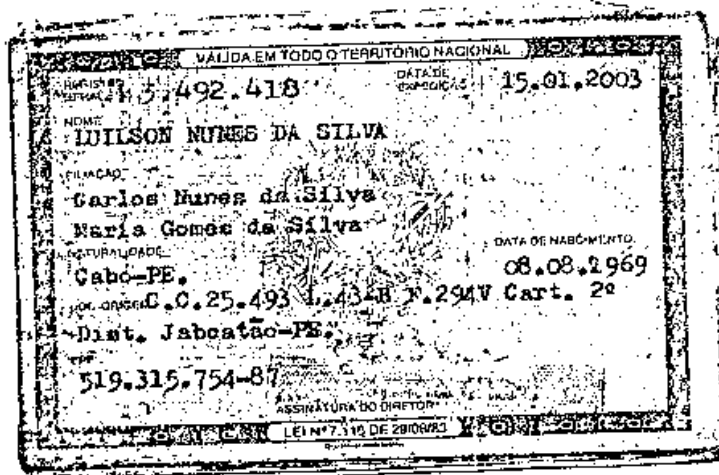
Assinatura do Médico
Carimbo

CÓD. 38391

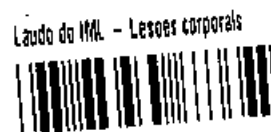




Documentos de identificação



00000000



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

EXAME COMPLEMENTAR Nº 31282 / 2019

REFERENTE AO LAUDO Nº 1 / 2019

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLICIA DA 022A. CIRCUNSCRICAO - PIEDADE
Ofício nº. 016 / 2019 Data 24 / 7 / 2019
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLICIA DA 022A. CIRCUNSCRICAO - PIEDADE

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 07:56 do dia 24 de Julho de 2019, na seção de Clínica Médico-legal, procederam o exame de **LUISSON NUNES DA SILVA** filho(a) de **CARLOS NUNES DA SILVA** e de **MARIA GOMES DA SILVA** de cor Parda, sexo Masculino, cabelo **NÃO INFORMADO**, estado civil Casado (a), apresentando a idade de 49 Anos, peso **NÃO INFORMADO**, de estatura Média, natural de **CABO DE SANTO AGOSTINHO - PE**, nacionalidade **BRASIL**, documento apresentado **RG: 3492418**, profissão **NÃO INFORMADO**, vestes **NÃO INFORMADO**, sinais particulares **NÃO INFORMADO**, local de ocorrência **NÃO INFORMADO**, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Comparece para exame complementar, nesta data, neste Instituto: Perícia Traumatológica Inicial Nº 47553/2018.

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Apresenta excelente resultado funcional pós-operatório de fratura do olecrano esquerdo. Arco de movimentos do cotovelo esquerdo funcional. Sem deformidades e/ou atrofia em Membro superior esquerdo. Cicatriz cirúrgica de bom aspecto cosmético.

QUESITOS:

1º) Da ofensa à integridade corporal ou à saúde do periciando resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função; perigo de vida; incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias; aceleração de parto? (especificar)

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

2º) Da ofensa resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)

Não.

3º) Do ponto de vista Médico-legal, o periciando está restabelecido?

Sim





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

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

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

Perito responsável

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Instituto de Medicina Legal - Antônio Persivo Cunha
Seção de Perícia

De acordo com a Legislação em vigor, foi extraída esta cópia
autenticada com visto da original por solicitação
de Wilson Nunes da Silva

Próximo nº
Destino de

15.08.19 A quem deu fé e Assinou.
Wilson Nunes da Silva
Fundador - Matrícula



ROSANE PEREIRA LÊITE
- Matr. nº 283.199-3
IML-APC - Seção (Perícia P)





POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DGPJ GPRM
22ª Circunscrição Policial - PIEDADE

OFÍCIO nº 182 / 2018
BOE nº 18E0130007749

Piedade, 03 de DESEMBRO de 2018.

Senhor Gestor,

Através deste, encaminho a esse Instituto, para que seja submetida a
EXAME TRAUMATOLÓGICO, a pessoa abaixo qualificada:

Nome: LUTLSON NUNES DA SILVA

RG: 3.492.418

Data Nascimento: 08.08.1969

Naturalidade: CABO- PE

Filiação: CARLOS NUNES DA SILVA

MARIA GOMES DA SILVA

Endereço: R. DA ESPERANÇA, 07

Solicito que tão logo seja o laudo pericial concluso, faça-se remessa
para esta **Delegacia 22ª Circunscrição Policial - PIEDADE**.

Atenciosamente,

Osias Tibúrcio Fernandes de Melo

DELEGADO DE POLÍCIA

Osias Tibúrcio Fernandes de Melo
Delegado de Polícia
Mat. 272.516-9

Ilmo. Sr.

MD. GESTOR DO IMLAPC - SDS - PE

RECIFE - PE





POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DIM 6º DESEC
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 22ª CIRCUNSCRIÇÃO - PIEDADE
Rua São Sebastião, s/n, Piedade, Jaboatão dos Guararapes

31282/19

Jaboatão dos Guararapes, 25 de Abril de 2019.

Ofício nº 016/2019

Senhor(a) Diretor(a),

Com a finalidade de instruir procedimento policial em tramitação nesta Delegacia de Polícia, solicito providências no sentido de realizar o

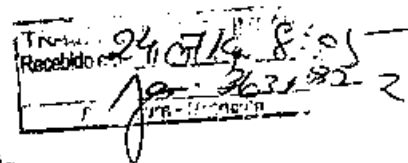
Exame Traumatológico Complementar

na pessoa de **LUILSON NUNES DA SILVA**, RG: 3492418 SDS/PE; Nasc. 08/08/1969, filiação: Carlos Nunes da Silva e Maria Gomes da Silva, residente na Rua da Esperança, nº 07 – Jaboatão dos Guararapes

O respectivo laudo deverá ser encaminhado a esta 22ª Delegacia – Piedade, com a maior brevidade possível, através do e-mail dp22circ.piedade@policiacivil.pe.gov.br


José Custódio da Silva Junior
Delegado Titular

Ilustríssimo Senhor
Diretor do Instituto Médico Legal
Recife/PE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190607984 **Cidade:** Cabo de Santo Agostinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUILSON NUNES DA SILVA **Data do acidente:** 24/11/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OLÉCRANO ESQUERDO.

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

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

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

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 5/6/7/9/20_CIRURGIA
CONFORME O LAUDO IML Nº 31282/2019 - DATA: 24/07/2019 - CÍCERO HELENO ALBUQUERQUE FEITOSA CRM
11253

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376262/19

Vítima: LUIILSON NUNES DA SILVA

CPF: 519.315.754-87

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 24/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUIILSON NUNES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

Outros



LUIILSON NUNES DA SILVA : 519.315.754-87

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 5194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/10/2019
Nome: LUIILSON NUNES DA SILVA
CPF: 519.315.754-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/10/2019
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

LUIILSON NUNES DA SILVA

Patricia Aleixo Silva



SAIR DO SISTEMA

NOVA PESQUISA > FICHA DO DETRAN

 GERAR RELATÓRIO EM PDF

Situação: NORMAL

Placa: PDT2725

Nome proprietário: WILMA LINO DA SILVA

CPF do proprietário:

UF; PE

Tipó: AUTOMÓVEL

Espécies: PAS

Combustível: ALCO/GASOL Marca / Modelo: RENAULT/SANDERO ST16 SCE

Marca: RENAULT

Corr: PRATA

Ano Fabricação:

Município: JAB GUARARAPES

Logradouro: AVENIDA PRESIDENTE KENNEDY

Número: 5427

Bairro: CANDEIAS

Сеп: 54440480

Complemento: APT 303

Chassi: 93Y5SRFHGJJ364629

Restrição: AL, FID, BANCO RCI BRASIL

Renavam: 1153303962

Licenciamento: R\$ 0,00

IPVA: R\$ 0,00

Seguro: R\$ 0,00

Bombeiro: R\$ 0,00

Conservação: R\$ 0,00

Taxas: R\$ 0,00

Multas: R\$ 0,00

Quantidade Multas: 0

Quantidade de multas a vencer: 0

Multas a vencer: R\$ 0,00

IPVA a vencer: R\$ 0,00

Total: R\$ 0,00

Situação Bin: NORMAL

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376262/19

Número do Sinistro: 3190607984

Vítima: LUIILSON NUNES DA SILVA

CPF: 519.315.754-87

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 24/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUIILSON NUNES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

LUIILSON NUNES DA SILVA : 519.315.754-87

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

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.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/12/2019

Nome: LUIILSON NUNES DA SILVA

CPF: 519.315.754-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2019

Nome: Bruno Leonardo do Rosário Flores

CPF: 057.215.377-52

LUIILSON NUNES DA SILVA

Bruno Leonardo do Rosário Flores





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, 31 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190607984

Vítima: LUILSON NUNES DA SILVA

Data do Acidente: 24/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUILSON NUNES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura do 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 15039887

Pag. 0162101622 - cart_01 - INVALIDEZ





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 4020-1595 (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 de vítima.

Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190607984

Vítima: LUILSON NUNES DA SILVA

Data do Acidente: 24/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUILSON NUNES DA SILVA

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.
---------------------------------	--

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

Pág. 0597501976 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 15035512



INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.
É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS

01 a 16	Registro de Informações cadastrais	Preencher corretamente de acordo com a documentação.
---------	------------------------------------	--

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):
Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

20	Renda Mensal do Titular da conta	Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.
21	Dados bancários	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22	Declaração de Ausência de Laudo do IML	Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente.
----	--	--

MORTE

23 a 33	Declaração de Únicos Beneficiários	A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.
---------	------------------------------------	---

NÃO ALFABETIZADO

34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Apor a Impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar o pedido (a rogo).
36	CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar o pedido (a rogo).
37	Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, o seu pedido (a seu rogo), na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes. A pessoa escolhida se compromete a dar-fé da ciência do inteiro conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.

TESTEMUNHAS

38	1ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.
39	2ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível somente para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradorallider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Ouvidoria: 0800 021 91 35



Buscar no site

0800-022 1202

Canal do comércio

P/ Assunto

DPVAT

A
COMPANHIA

SEGURO
DPVAT

PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)

CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICAS

SALA DE
IMPRESSA

TRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190607984 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LUILSON NUNES DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO LUILSON NUNES DA SILVA

CPF/CNPJ: 51931575487

Posição em 20-11-2019 14:07:47

Seu pedido de indenização foi analisado e identificamos pendências que impedem a conclusão do processo. Por favor, regular

Descrição	Tipo	Status	Nome
➔ Autorização de pagamento	Beneficiário	Pendente	LUILSON NUNES DA SILVA

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
01/11/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/zUjKZSNLSWfchoDinp5tSapi_key=QQnlz67zcRTIHfCuBYpn4LGsEA4Uq__Hwe78ZiCwx3Hw=)
01/11/2019	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/DeGk85L5KFq3Zofhs3api_key=QQnlz67zcRTIHfCuBYpn4LGsEA4Uq__Hwe78ZiCwx3Hw=)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376262/19

Vítima: LUILSON NUNES DA SILVA

CPF: 519.315.754-87

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 24/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUILSON NUNES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

LUILSON NUNES DA SILVA : 519.315.754-87

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: 28/10/2019
Nome: LUILSON NUNES DA SILVA
CPF: 519.315.754-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/10/2019
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

LUILSON NUNES DA SILVA

Patricia Aleixo Silva

