
Rio de Janeiro, 12 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200067939

Vítima: SEVERINO LOPES LEITE

Data do Acidente: 13/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SEVERINO LOPES LEITE

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200067939

Vítima: SEVERINO LOPES LEITE

Data do Acidente: 13/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), SEVERINO LOPES LEITE

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 12 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200067939

Vítima: SEVERINO LOPES LEITE

Data do Acidente: 13/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SEVERINO LOPES LEITE

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: SEVERINO LOPES LEITE

Valor: R\$ 843,75

Banco: 237

Agência: 000003217-4

Conta: 000000350017-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 031 171 414 56 4 - Nome completo da vítima: SEVERINO LOPES LEITE

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

5 - Nome completo: SEVERINO LOPES LEITE 6 - CPF: 031 171 414 56
7 - Profissão: ATOMADOR 8 - Endereço: RUA ALTO JOSE LEITE 9 - Número: 43 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: LIVRAMENTO 12 - Cidade: VITORIA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55602-520
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (011) 988776145

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\$1.000,00 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) ☐ Itai (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: BR DESCU

AGÊNCIA: 3217 1 CONTA: 0350017 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou resíduo (herança)? ☐ 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, _____

X Severino Lopes Leite
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200067939
Nome do(a) Examinado(a): Severino Lopes Leite
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Alto Jose Leite, 43
Mangueira Vitoria de Santo Antao PE CEP: 55602-520
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 5775757
Data local do acidente: [13/10/2019]
Data local do exame: [02/03/2020] Recife [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DA TUBEROSIDADE ANTERIOR DA TIBIA DO JOELHO ESQUERDO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO COM OSTEOSINTESE POR 2 PARAFUSOS CANULADOS. REALIZOU FISIOTERAPIA.
Complicações: VÍTIMA JÁ PORTADORA DE SEQUELA NO JOELHO E MEMBRO INFERIOR ESQUERDO EM TRAUMA PREGRESSO.
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
LIMITAÇÃO LEVE DA EXTENSAO DO JOELHO ESQUERDO (APROX 20 GRAUS DE REDUÇÃO) E MODERADA DA FLEXAO (APROX 90 GRAUS). MARCHA CLAUDICANTE, MAS SEM APOIO. CICATRIZES SOBREPOSTAS NA REGIAO ANTERIOR DO JOELHO ESQUERDO E PREGRESSA NA REGIAO LATERAL DA COXA.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DEFICT FUNCIONAL PROPORCIONAL LEVE AO JOELHO ESQUERDO.
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
JOELHO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.
VITIMA PORTADORA DE SEQUELA MAIS GRAVE NO JOELHO E COXA ESQUERDA POR TRAUMA ANTERIOR COMPROVADO NAS RADIOGRAFIAS.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


DR. LUIZ CASANOVA
Médico
CRM: 17761



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLORIA DO GOITÁ - DP64ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0154000129

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/01/2020** às **18:34**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **13/10/2019** no período da Manhã

Natureza Jurídica: **QUEDA DE MOTO**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA HENRIQUE DE HOLANDA, 1, NO VIADUTO DO CAJÁ, VITÓRIA-PE - Bairro: REDENÇÃO - VITÓRIA DE SANTO ANTAO/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

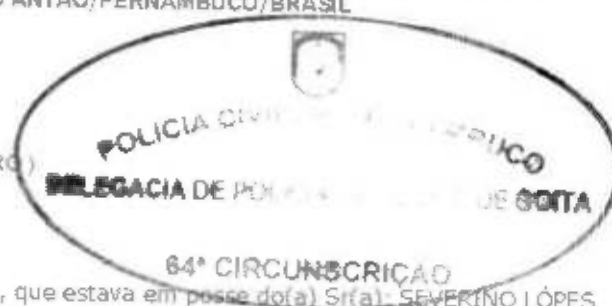
NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)

JOSEFA CORREIA DE AMORIM FALCÃO (OUTRO)

SEVERINO LÓPES LEITE (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): SEVERINO LÓPES LEITE



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

SEVERINO LÓPES LEITE (presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Mãe: **REGINA LÓPES LEITE** Pai: **JOSÉ ALBINO LEITE FILHO** Data de Nascimento: **28/9/1978** Naturalidade: **VITÓRIA DE SANTO ANTAO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Documentos: **5775757/SDS/PE (RG), 03117141456 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)**

Endereço Residencial: **RUA ALTO JOSE LEITE, 43, CASA - CEP: 0 - Bairro: LIVRAMENTO - VITÓRIA DE SANTO ANTAO/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -
Telefone de Contato: -

JOSEFA CORREIA DE AMORIM FALCÃO (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino

Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSEFA CORREIA DE AMORIM FALCÃO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SEVERINO LÓPES LEITE**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **AZUL** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PFP2004** (PERNAMBUCO/VITORIA DE SANTO ANTAO) Chassi: **9C2ND0910CR009927**

Ano Fabricação/Modelo:

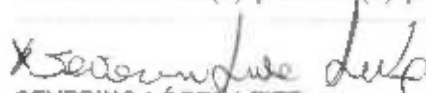
2012/2012

Combustível: **GASOLINA**

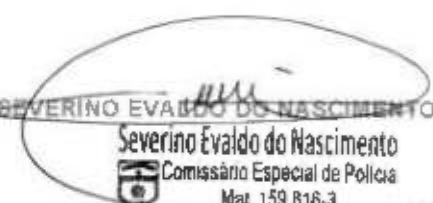
Complemento / Observação

A VÍTIMA PILOTAVA A SUA MOTO PELA AV. HENRIQUE DE HOLNDA (ANTIGA 232), QUANDO AO PASSAR PELO VIADUTO DO CAJÁ FEZ UMA MANOBRA PARA DIREITA E NÃO VENDO UM BURACO, PASSOU POR ELE PERDENDO O CONTROLE DA MOTO VEIO A CAIR AO CHÃO. SENDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL JOÃO MURILO DE OLIVEIRA, MAS DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS A MESMA FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DOM ELDER CÂMARA NO CABO DE SANTO AGOSTINHO ONDE PASSOU POR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NO JOELHO ESQUERDO.

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


SEVERINO LÓPES LEITE
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: ~~SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO~~ - Matrícula: 159.816-3


Severino Evaldo do Nascimento
Comissário Especial de Polícia
Mat. 159.816-3



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 031 171 414 56 4 - Nome completo da vítima: SEVERINO LOPES LEITE

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

5 - Nome completo: SEVERINO LOPES LEITE 6 - CPF: 031 171 414 56
7 - Profissão: AUTOMOTORISTA 8 - Endereço: RUA ALTO JOSE LEITE 9 - Número: 43 10 - Complemento:
11 - Bairro: LIVRAMENTO 12 - Cidade: VITORIA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55602-520
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (011) 988776145

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\$1.000,00 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. Anotar uma opção):
☐ Bradesco (237) ☐ Itai (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BRADESCO
AGÊNCIA: 32171 CONTA: 03500179
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou resíduo (herança)? ☐ 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,

X Severino Lopes Leite
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

09/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINO LOPES LEITE

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03217-4

CONTA: 000000350017-9

Nr. Autenticação

BRABESCO090320200500000000002370321700000035001784375 PAGO

PARA USO DOS CORREIOS	
<input type="checkbox"/> 01 - MUDOU-SE <input type="checkbox"/> 02 - ENDEREÇO INSUFICIENTE <input type="checkbox"/> 03 - NÃO EXISTE N° INDICADO <input type="checkbox"/> 04 - FALCIDO <input type="checkbox"/> 05 - DESCONHECIDO <input type="checkbox"/> 06 - RECUSADO	<input type="checkbox"/> 07 - AUSENTE <input type="checkbox"/> 08 - NÃO PROCURADO <input type="checkbox"/> 09 - OBJETO DANIFICADO <input type="checkbox"/> 10 - END. DESCONHECIDO NA LOCALIDADE <input type="checkbox"/> 11 - FALTA COMPLEMENTO (COLETTIV / GRU) <input type="checkbox"/> 12 - CAIXA POSTAL CANCELADA
Matrícula: _____ Rubrica do responsável: _____ Reintegrado ao serviço Postal em: _____	



CTC RECIFE PE PL4



SEVERINO LOPES LEITE
 RUA ALTO JOSE LEITE 43-CASA - LIVRAMENTO
 VITORIA DE SANTO ANTAO - PE
 55802-520



7213195069765420000000109530191219
 Data Postagem: 191219



ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO -
 CAIXA POSTAL: 70.540
 CEP: 01156-970
 SÃO PAULO - SP

55227289941193470233

CNPJ: 28.196.889/0001-43

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0065943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao cliente audiotivo ou de fax: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0187-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR
CPF: 794.889.224-68

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

PC PE FELIX BARRETO 13

LIVRAMENTO/VITÓRIA DE SANTO ANTAO
55602-350 VITÓRIA DE SANTO ANTAO PE

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

DATA DE VENCIMENTO

16/01/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

09/01/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

09/01/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

091636978

CONTA CONTRATO

007006571365

Nº DO CLIENTE

2001259677

Nº DA INSTALAÇÃO

0005363480

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL - COMERCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

BCC1.661F.0828.BA27.5EA4.E01E.981D.0D14

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	104,80	0,42656182	44,36
Consumo Ativo(kWh)-TE	104,80	0,35875625	37,34
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,98
Contrib. Sum. Públicos Municipais			15,19
ICMS Subvenção-CDE-NF 064023733-09/11/19			1,16
TOTAL DA FATURA			99,93

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
83,65	25,00	20,91	83,65	0,90	0,75	83,65	4,15	3,47

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,2803000	JAN 20	104
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,2803000	DEZ 19	556
		NOV 19	545
		OUT 19	191
		SET 19	163
		AGO 19	163
		JUL 19	190
		JUN 19	104
		MAY 19	170
		ABR 19	171
		MAR 19	160
		FEV 19	168
		JAN 19	120

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Rd	%
Região de Energia	27,25 32,55
Transmissão	2,04 3,60
Distribuição (Celpe)	18,26 21,82
Encargos Setoriais	4,26 5,12
Tributos	25,19 30,04
Perda de Energia	5,75 6,87
TOTAL	83,65 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO RESIDUO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000003011082258	CAT	12/12/2019	11.124,00	09/01/2020	11.228,00	28	1,00000	0,00	104,80

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 05/02/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIM	METAS ANUAL
nov/2019					
Duração de Interrupção sem Energia	VITÓRIA DE SANTO ANTAO	0,00	5,70	11,50	23,16
Fic-Não Interrupção sem Energia	ANTAO	0,00	3,30	5,50	12,20
Duração mínima de Interrupção contínua		0,00	3,37	0,00	0,00
Duração de Interrupção em dia crítico					12,22
EURO-Ativo do Encargo de Uso = R\$ 31,03					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ag correios wagner: avenida mariana amalia matriz / crisgel comercial farmaceutica: rua primitivo de miranda 197 centro. Leia completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEL DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007006571365	01/2020	0,00	16/01/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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 IVONILDO FERREIRA DE B. JUNIOR, inscrito (a) no CPF sob o Nº 794.699.224 / 68
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário SEVERINO LOPES ZEITE inscrito
(a) no CPF sob o Nº 031.171.414 / 56 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEL da Vítima
SEVERINO LOPES ZEITE inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, 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 PC PE FELIX BARRETO		Número 13	Complemento
Bairro LIVRAMENTO	Cidade VITÓRIA DE SANTO ANTAO	Estado PE	CEP 55602-360
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) 81 98877-6145

VITÓRIA de _____ de _____
Local e Data

Ivonildo Ferreira de B. Junior
Assinatura do Declarante



Nome: SEVERINO LOPES LEITE

Dt. Nasc.: 28/09/78 - 41 ano(s)

Mãe: REGINA LOPES LEITE

Nº registro: 653060

Sexo: Masculino

Fone: 8185444569

Endereço: R JOSÉ LEITE, nº 43, LIVRAMENTO. VITORIA DE SANTO ANTAO - PE

Data/hora: 13/10/2019 - 12:03

Setor: Leito:

Nº pág.: 1/1

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ANAMNESE:

- Hipertensão

Moto - S

ALERGIA: NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:

PACIENTE REFERE, NO MOMENTO, DOR E EDEMA NO JOELHO ESQUERDO APÓS QUEDA DA MOTO OCORRIDA ONTEM.

EXAME FÍSICO:

Pa: 140 X 100 mmHg Temp: °C HGT: mg/dL

Peso: Kg Altura: m SP O₂: %

Observação:

Classificação de Risco: NÃO URGENTE - VERDE
Encaminhado para: CONSULTÓRIO - TRAUMATOLOGIA
Especialidade: TRAUMATOLOGIA

COREN: 444406
Enf. ISABELLA JOYCE SILVA DE ALMEIDA



Nome: SEVERINO LOPES LETTE
Dt. Nasc.: 28/09/78 - 41 ano (s)
Mãe: REGINA LOPES LETTE

Nº registro: 653060
Sexo: Masculino
Fone: 8185444569

Endereço: R JOSÉ LETTE, nº 43, LIVRAMENTO. VITORIA DE SANTO ANTAO - PE
Data/hora: 13/10/2019 - 12:09
Setor: Leito:

Nº pág.: 1/2

CONSULTA MÉDICA

ANAMNESE:
- Hipertensão

Moto - S

ALERGIA: NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:

{ - }

PACIENTE REFERE, NO MOMENTO, DOR E EDEMA NO JOELHO ESQUERDO APÓS QUEDA DA MOTO OCORRIDA ONTEM.

QUEIXA RELATADA AO MÉDICO :

PACIENTE PORTADOR DE SEQUELA DE LESÃO DE N. CIÁTICO EM MIE, POR TRAUMA HÁ 11 ANOS, RELATA QUE HÁ 2 HORAS SOFREU ACIDENTE DE TRANSITO CURSANDO COM DOR E LIMITAÇÃO DE ADM EM JOELHO ESQUERDO. AO EXAME PRESENÇA DE EQUIMOSE LOCAL E DOR AO EXAME. NEGA ALERGIAS. PACIENTE HIPERTENSO.

RX COM SINAIS DE AVULSÃO DE TAT ANTIGA, PRESENÇA DE SINAIS DE ARTROSE POSTRAUMÁTICA E MATERIAL DE SÍNTESE EM JOELHO ESQUERDO.

CD:

- 1- TALA JOELHEIRA
- 2- ANALGESIA
- 3- ORIENTAÇÕES

EXAME FÍSICO:

Pa: 140 X 100 mmHg Temp: °C HGT: mg/dL
Peso: Kg Altura: m SP O₂: %

Observação:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S800 - CONTUSÃO DO JOELHO

CRM: 25113
Dr. RAFAEL BAIA CARDOZO SILVA



PERNAMBUCO



HJMO

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE JERONIMO**Nome:** SEVERINO LOPES LEITE

Dt. Nasc.: 28/09/78 - 41 ano (s)

Mãe: REGINA LOPES LEITE

Nº registro: 653060

Sexo: Masculino

Fone: 8185444569

Endereço: R JOSÉ LEITE, nº 43, LIVRAMENTO. VITORIA DE SANTO ANTAO - PE

Data/hora: 13/10/2019 - 12:09

Nº pag.: 2/2

Setor: Leito:

RESULTADOS DE EXAMES:**EVOLUÇÃO DO PACIENTE:**CRM: 25113
Dr. RAFAEL BAIA CARDOZO SILVA

Resumo de Alta Hospitalar / Orientação Final / Ficha de Esclarecimento

Nome: Severino Lopes Leite Registro nº 121249
Idade: 41 Sexo: M Data da Admissão: 17/10/19 Data da Alta: 19/10/19

Diagnósticos Definidos: frat. da TAP (E)

Conduta / Procedimentos Realizados: fixação e parafusos
comulhada

Prescrição para o Domicílio: curativo

Informações Complementares:

Programação após Alta Ambulatório de Egresso: SIM ☒ NÃO ☐ Data da Consulta: 15 dias 69 fere

Dr. Marcelo Machad:
Ortopedia - Traumatologia
CRM 16546

Assinatura do Médico e Carimbo



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 528545

Data e Hora: 17/10/2019 09:58

Senha da Classificação:

0013

Paciente: 121249 SEVERINO LOPES LEITE

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 28/09/1978 Idade: 41 anos

Convenio: 2 SUS/SIA AMBA/JRG

Nome da Mãe: REGINA LOPES LEITE

Nome do Pai: JOSE ALBINO LEITE

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: HOMERO RODRIGUES SILVA NETO

CRM: 13528

Endereço: RUA ALTO JOSE LEITE

-- LIVRAMENTO

43

Bairro: MATRIZ

Cidade/UF: VITORIA DE SANTO ANTAO

PE

Usuário Atendimento: SANDRACA

RG (Identidade): 5775757

SDS PE

Data de Emissão:

Fone: 999203646

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Cartão SUS: 702303129355713

Data de Emissão CRN:

(10b - 431320)

HOSP

22/10/2019
HOSP - Hospital Metropolitano Dom Helder Camara
Jeferson Melo
Faturamento/SN

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

trauma joelho (E)

Exame Físico

Dor - mobilização

Diagnóstico

frat. TAT?

Conduta Terapêutica

TC joelho (E)

Prescrição Médica

Prescrição Médica
HOSP - Hospital Metropolitano Dom Helder Camara
Jeferson Melo
Faturamento/SN

Internação Hemato

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:

Carimbo/Médico

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE
Atendimento do Paciente: 528602
Usuário do Atendimento: DAYENESS

Data e Hora do Atendimento: 17/10/2019 19:58
Convênio: SUS - INTERNAÇÃO

Nome do Paciente: SEVERINO LOPES LEITE

Prontuário: 121249

Nome da Mãe: REGINA LOPES LEITE

Nome do Pai: JOSE ALBINO LEITE

Data do Nascimento: 28/09/1978

Idade: 41 anos **Sexo:** MASCULINO

Estado Civil: CASADO

RG: 5775757

SDS PE Data Emissão:
CPF:
Certidão de Nascimento:
Data Emissão:
Naturalidade:
Escolaridade: MÉDIO (2º GRAU) COMPLETO

Carteira Nacional SUS: 702303129355713

Ocupação Habitual: OUTROS

Endereço: RUA ALTO JOSE LEITE

43 MATRIZ
Cidade: VITORIA DE SANTO ANTAO

PE
CEP: 55602970

Fone: 999203646

DADOS DO ATENDIMENTO
Item: DEMANDA ESPONTANEA

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 05

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, 17/10/2019
Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA
Condições de Alta: melhorado
Diagnóstico: hérnia TAT
Procedimento: hérnia
Alta em: 19/10
Médico e C.R.M.: Dr. Marcelo Machado
Responsável pela retirada do paciente - Nome: Wesley R. Silva
Assinatura e R.G.: _____

HDH - Hospital Dom Helder Câmara
 Wesley R. Silva
 Assistente Adm. I
 SAME - Atendimento

CCIH
 20.10.19

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 17/10/2019 09:33



Nome Paciente: SEVERINO LOPES LEITE
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 28/09/1978
Sexo: Masculino
Idade: 41 anos
Senha: 0013
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 17/10/2019 09:47 - 17/10/2019 09:52

MICHELAINY VICENTE GOMES - COREN: 253188 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: NAO URGENTE - VERDE

Cor: VERDE

Queixa Principal: PACIENTE DEU ENTRADA LIVRE DEMANDA, COM ENCAMINHAMENTO DE DR. HOMERO RODRIGUES PARA REALIZAR TOMOGRAFIA EM JOELHO ESQUERDO.
PACIENTE REFERE DOR + EDEMA EM JOELHO ESQUERDO.

Medicamento(s): HAS +
DM -
ALERGIA -

Observação: SEM LPP

Fluxograma sintoma: DOR CERVICAL/DORSAL/LOMBAR/EXTREMIDADES (SEM HISTÓRIA DE TRAUMA)

Discriminador(es): - DOR LEVE (1-3/10)
- EDEMA ARTICULAR SEM FLOGOSE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - PAD: 60.00 MMHG
- PAS: 120.00 MMHG

Acolhido(a) por: MICHELAINY VICENTE GOMES - COREN: 253188 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 17/10/2019 09:52

Dr. Homero Rodrigues

CRM 13526

ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

Dr. Marcelo Machado
Ortopedia - Traumatologia
CRM 10548

Seus Lopes, ..

ANTONIO

HOT - Amulher

5-pm. pul an h

M. Raulyn Tenegre

Jaquette

Homero Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 13526

Centro Hospitalar Santa Maria, Vitória de Santo Antão - PE
Fone: (81) 3145-1468 / 3523-1087

ESCALA DE BRADEN
AValiação DO RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO - Adulto

Nome do paciente:

Gouveia Lopes Leite

Registro:

Data da avaliação:

17/10/19

Percepção Sensorial Capacidade de reação significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação. OU Capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação. OU Tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. OU Tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades. □	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	<u>4</u>
Umidade Nível de exposição da pele à umidade	1. Pele constantemente úmida: A pele mantém-se sempre úmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada umidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito úmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente úmida: A pele está por vezes úmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente úmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.	<u>4</u>
Atividade Nível de atividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.	<u>4</u>
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.	<u>4</u>
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou laticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido. OU Está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soro durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou laticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético. OU Recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, laticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido. OU É alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, laticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.	<u>4</u>
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contrações ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correta posição na cama ou cadeira.		<u>3</u>

Alto Risco: <12 Risco Moderado: 13 - 17 Sem Risco: > 18

Pontuação Total

27

HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: Sergio ICPA IGTC Registro: _____ Nº Atendimento: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração: _____

Fim - Joelho @

História da Doença Atual: _____

Guarnimhaner do Hema

Interrogatório Sintomatológica: _____

Der JCEVA

Exame Físico: _____

Dor + edema

Antecedentes Pessoais: _____

HM

Medicações em Uso _____

Holmes H 1/2 cp 2x/d

Antecedentes Familiares: _____

Hipótese Diagnóstica Principal: _____

F10.2 - 10+

Hipóteses Diagnósticas Secundárias: _____

Plano Terapêutico: _____

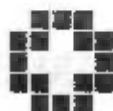
ELI. HM

Cabo de Santo Agostinho, ____/____/____

17 OUT 2018

Assinatura e Carimbo

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



EVOLUÇÃO CLÍNICA.

Nome: Sebastião Lopes Leite Registro: 121249

Clinica: _____ Enfermaria: Unidade Leito: _____

Data/Hora	Serviço Realizado
17/10/19 22:55h	Realizada visita ao leito, atendido o paciente. Pt. refere residir com esposa e filhos em Vitória de Stº Antão, onde possui atestado para o Laudo Pericial quanto aos danos e sequelas do acidente de trânsito do veículo do SUS.
	Caroline Ribeiro, R. 10.000.000-0 Assistente Social CRM 10.000.000-0
28-10-19	Enfermagem
	Paciente em fase de alta da UTI, com ECG satisfatório, sem alterações, com necessidade de cuidados com a medicação e observação contínua.
	Dra. Gabriela Soares Enfermeira COREN 367.247
19.10.19 9h	ORTOPEDIA
	1º TPO OSTEOMITE LÍQUIDA (TAT)
	SI querxas
	FO IMPR
	CD: ATC
	Dr. Marcelo Machado Ortopedia Traumatologia CRM 10000

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 43404
Paciente : 121249

Sala : 0002 SALA 02

SEVERINO LOPES LEITE
SUS - INTERNACAO
LEITO 05

Atendimento : 528602

Carteira :

Idade : 41 Anos

Convênio Atend. : 1

Leito : 541

Dt. Início : 18/10/2019 09:00

Dt. Fim : 18/10/2019 09:32

Cid Pré-Operatório : S821

FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Cid Pós-Operatório : S821

FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Procedimentos

Procedimento: 0408050600

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TIBIA (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 86

RAQUI ANESTESIA + SEDACAO

Equipe Médica

CIRURGIAO
ANESTESISTA

13526 HOMERO RODRIGUES SILVA NETO
8010 TEREZA CRISTINA DA SILVA

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM MESA CIRÚRGICA
2. ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
4. INCISÃO ANTERIORE DE JOELHO ESQ
5. PASSAGEM DE FIO PERCUTANEO
6. REDUÇÃO INDIRETA SOBRE CONTROLE RADIOSCÓPICO, FIXAÇÃO COM 2 PARAFUSOS CANULADOS 4,5 MM
7. TESTES OK
8. CONTROLE RADIOSCÓPICO
9. FECHAMENTO POR PLANOS

Shadoks Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DR(A) : HOMERO RODRIGUES SILVA NETO
CRM : 13526

13 10 19

Joelito

02



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

18/10/19

Paciente

Paulo Henrique Gomes Leite

Sexo

Cor

Idade

Risco

CRM

Nome do Anestesiologista

Nome do Cirurgião

Medicação Pré-anestésica

Urgência

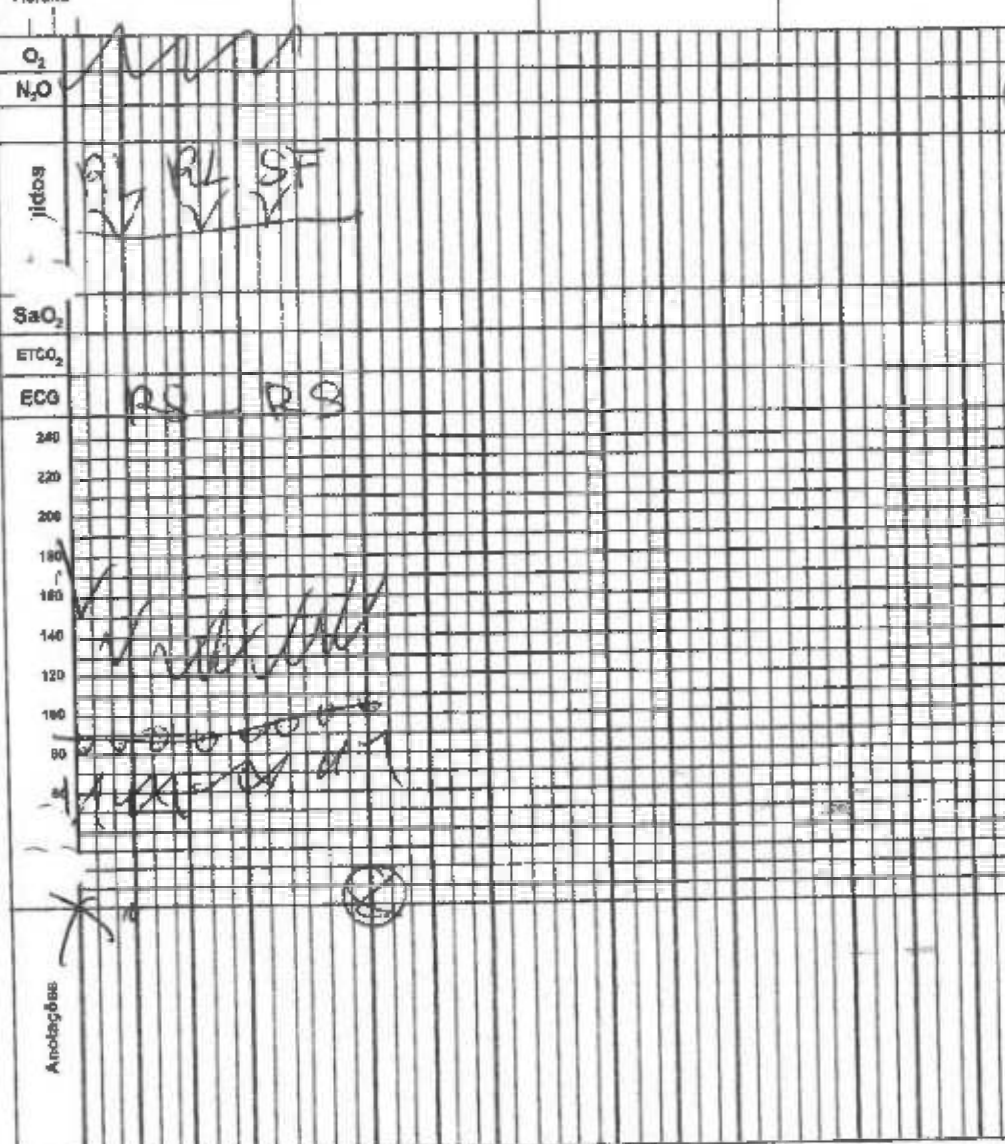
☐ NÃO

☐ SIM

Cirurgia

Trat. cirurg. fr. Tibial E

Horário



Drogas Usadas

Quantidade

Neoc 0,5g 15p
Dma 60p
cefazolin 2g
Nifedipina 10p

Técnica Anestésica

Bacui h3-her
mex h3-her
apuf h3-her
puf h3-her
+ Sedação
Dura

Monitorização

☐ BIS

☒ Cardíaco

☐ Temperatura

☒ Oxímetro

☐ Swan-Ganz

☒ PNI

☐ Analisador Gases

☐ Sonda Vesical

☐ PVC

☐ Capnógrafo

☐ Estimulador de Nervo

☐ Elet. Pré-Cordial

☐ Linha Arterial

☐ Outros

☐ Volemia /BP Plus

Encaminhado

☒ Acordado

☐ Sonolento

☐ Intubado

Destino

☒ SRPA

☐ Apart/Enf.

☐ UM

☐ Externo

Intercorrência:

☐ NÃO ☐ SIM

Descrever:

Observações

Tereza R. Silva
Médica
CRM 1011

Assinatura de Anestesiologista

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Everton Lopes Leite Data: 18/10/19 Hora: 07:05 Registro: 161249
Convênio: SUS Letto: _____ Peso: _____ Altura: _____

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Flávio Rodrigues Anestesiologista: Dr. Tereza
Auxiliar: _____ 2º Auxiliar: _____ Instrumentador: claudio

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: f. cirurgia fratura bífurca de tíbia e Início: 07:00 Término: _____
Anestesia: local + sedação Início: 08:45 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 ()
Colchão Térmico () Bisturi Ultrassônico () Artroscópio () Microscópio ()
Bisturi Elétrico (☒) Local da Peça: torção
Carro de Anestesia (☒) Difusor () Intermifcador (☒) N° () _____
Ap. Vídeo () Bomba de Infusão ()
Oxigênio () Início _____ Término _____
Protótipo () Início _____ Término _____
Gás Carbônico () Início _____ Término _____
Outros: _____

5.1 - PROCEDIMENTOS:

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

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

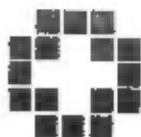
ANESTESIA: medicamento por ficha de CIRURGIA: _____
anestesia _____

6 - OBSERVAÇÕES:

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: Acordado () - Náusea () Entubado () Traqueostomizado ()
Encaminhado para: SRPA (☒) S. Intensiva () LICOR () UTI () Apt° () Residência ()

Data: 18-10-19 Hora: _____ Enfermeira: Fabiane Circulante: Neuza



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

2-05

1. Identificação

Leito da SRPA:

Nome: Santos Manoel Lopes Leito data: 18/10/19 Hora: 09:40 Registro: 121240
Leito de origem: _____

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: 11 cir. Fratura distal de tíbia e
Tipo de anestesia: Rápid + sedação
Equipe: Dr. Homero Rodrigues Anestesista: Dr.ª Teresa

3. Admissão

Estado geral: () Bom (☒) Regular () Torporoso () Grave
Respiração: (☒) Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () SVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não (☒) Sim Onde: _____
Acesso Venoso Central: (☒) Não () Sim Onde: _____
Drenos: (☒) não () sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 121 x 67 mmHg FR: 13 p/min FC: 59 p/min SaPO2: 100%
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	<u>09:53</u>	<u>10:10</u>	<u>10:40</u>	<u>11:10</u>	<u>11:40</u>	
FR	<u>114 x 63</u>	<u>118 x 70</u>	<u>121 x 87</u>	<u>122 x 77</u>	<u>135 x 84</u>	
FC	<u>36</u>	<u>48</u>	<u>48</u>	<u>47</u>	<u>46</u>	
SaPO2	<u>96</u>	<u>96%</u>	<u>96%</u>	<u>98%</u>	<u>100%</u>	
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

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

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

Data: _____ Horário: _____ Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico: _____

Médico
Cirurgião

CÓD: 38398

Nome: Severino Lopes Leite Registro: 191249 Leito: _____
Procedimento Cirúrgico: Frat. Placa Tibial Data: _____ Hora: _____

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
1. Ansiedade	<input checked="" type="checkbox"/> Encorajar verbalização dos sentimentos e medos <input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar apoio emocional <input checked="" type="checkbox"/> Dar informação ao paciente e familiares <input type="checkbox"/> Outros	
2. Ventilação prejudicada <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado <input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas superiores de ___/___h <input type="checkbox"/> Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz <input type="checkbox"/> Manter o paciente em posição de fowler <input type="checkbox"/> Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR <input type="checkbox"/> Instalar <input type="checkbox"/> manter <input type="checkbox"/> Anotar oximetria de pulso <input type="checkbox"/> Outros	
3. Padrão de eliminação urinária <input checked="" type="checkbox"/> Diminuído <input checked="" type="checkbox"/> Aumentado	<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ___/___h <input type="checkbox"/> Estimular eliminação por meios físicos (ligar torneira, compressas frias no abdômen). <input type="checkbox"/> Colocar o paciente em posição de Fowler <input type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hídrica <input checked="" type="checkbox"/> Registrar-se: <input checked="" type="checkbox"/> Dor ao urinar <input checked="" type="checkbox"/> Abaulamento em região suprapúbica <input checked="" type="checkbox"/> Ausência de diurese espontânea <input type="checkbox"/> Outros	
4. Dor () Local: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Leve <input checked="" type="checkbox"/> Moderada <input checked="" type="checkbox"/> Severa	<input type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente no pós anestésico <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar a localização e a intensidade da dor <input checked="" type="checkbox"/> Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação <input checked="" type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da dor <input checked="" type="checkbox"/> Registrar características e intensidade da dor <input type="checkbox"/> Outros	
5. Integridade tissular prejudicada <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Descrever características da lesão <input type="checkbox"/> Realizar curativo de ___/___h <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito de ___/___h <input type="checkbox"/> Medir decúbito de dreno de ___/___h <input type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por ___h <input type="checkbox"/> Outros	
6. Sangramento <input checked="" type="checkbox"/> Local: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Leve <input checked="" type="checkbox"/> Moderado <input checked="" type="checkbox"/> Severo	<input checked="" type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de <u>5.15</u> h <input type="checkbox"/> Manter decúbito: _____ <input type="checkbox"/> Realizar curativo compressivo <input type="checkbox"/> Outros	
7. Imobilidade no leito prejudicada <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pinçar dreno ao transportar paciente <input type="checkbox"/> Avaliar mobilização do dreno (Tracionado) <input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição: <input type="checkbox"/> Outros	

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
8. Desidratação (✓)	<input checked="" type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese a cada 2/3 h <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar e registrar umidade de mucosas <input checked="" type="checkbox"/> Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária <input checked="" type="checkbox"/> Registrar turgor e elasticidade da pele. <input type="checkbox"/> Outros	
9. Êmese (✓) Náusea (✓)	<input type="checkbox"/> Registrar aspecto e quantidade de episódios <input type="checkbox"/> Manter decúbito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada <input type="checkbox"/> Verificar posicionamento da SNG/SNE <input type="checkbox"/> Outros	
10. Temperatura Corporal (✓) Diminuída (✓) Elevada	<input checked="" type="checkbox"/> Aferir temperatura de 4/12 h / Comunicar se estiver abaixo de 35°C ou acima de 37°C <input type="checkbox"/> Em caso de hipotermia aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica <input type="checkbox"/> Em caso de hipertermia retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente <input type="checkbox"/> Outros	
11. Choque hipovolêmico (✓)	<input checked="" type="checkbox"/> Aferir sinais vitais a cada 15/30 h. <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar coloração e umidade da pele <input type="checkbox"/> Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O verificar sinais como: (✓) Taquicardia; (✓) Palidez cutânea; (✓) Pulso irregular; (✓) Pele fria; (✓) Perda de consciência. <input type="checkbox"/> Outros	
12. Risco para infecção (✓)	<input checked="" type="checkbox"/> Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização <input checked="" type="checkbox"/> Registrar e anotar sinais flogísticos Local: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Examinar F.O e registrar alterações (✓) dor; (✓) Calor; (✓) rubor; (✓) edema. <input type="checkbox"/> Outros	
13.	<input type="checkbox"/> Outros	

SNG - Sonda Nasogástrica

PA - Pressão Arterial

FC: Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso enteral

HGT - Hemoglicoteste

AVP - Acesso Venoso Periférico

 Fabiana M. Pereira Almeida
 COREN-PE 374.214-ENF

ENFERMEIRO(A) - D -

 Dra. Geniane Soares
 Enfermeira
 COREN-PE 367.247

ENFERMEIRO(A) - N -

 Ana Mery Ferreira
 Tec. enfermagem
 Coren 954.114

TEC. EM ENFERMAGEM - D -

 Poliana S. de Castro
 COREN - PE 1041178 TE

TEC. EM ENFERMAGEM - N -

ASSINATURA E CARIMBO

ASSINATURA E CARIMBO

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

Nome: Suzanna Lopes Leite Registro: 121949
Clínica: OTO Enfermaria: 5A PA Leito: _____
Sexo: M Peso de admissão: _____ Kg Peso Atual: _____ Kg
Hipótese Diagnóstica: _____

HORA: _____ PLANTÃO DIURNO: _____ DATA: 18/10/19
Estado Geral: (☒) Regular () Grave () Gravíssimo
Dieta: (☒) VO () SNG () SNE () SML () SOG () Dieta Zero
Padrão Respiratório: (☒) Eupneico () Taquipneico () Bradipneico
Acesso Venoso: (☒) Periférico () Central Local: _____
Curativo: (☒) Sim () Não Local: _____
Drenos: () Sim (☒) Não Local: _____
Evacuações: (☒) Presente () Ausente Aspecto: _____

Observações: Paciente consciente, orientado, curativo realizado, medicação em uso conforme prescrição médica. Segue os cuidados de enfermagem.

Auxiliar / Técnico de Enfermagem: _____
HORA: 20:00 PLANTÃO NOTURNO: par DATA: 18/10/19

Estado Geral: (☒) Regular () Grave () Gravíssimo
Dieta: (☒) VO () SNG () SNE () SML () SOG () Dieta Zero
Padrão Respiratório: (☒) Eupneico () Taquipneico () Bradipneico
Acesso Venoso: (☒) Periférico () Central Local: _____
Curativo: (☒) Sim () Não Local: _____
Drenos: () Sim (☒) Não Local: _____
Evacuações: (☒) Presente () Ausente Aspecto: _____

Observações: Paciente evolui bem. Curativo regular conforme prescrição médica. Monitorando a pele. Continuar com a dieta. No momento a enfermagem prescrição médica.

Auxiliar / Técnico de Enfermagem: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Técnico de Enfermagem	Horário	Responsável

[illegible]

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

Nome: Silvia Maria Costa Registro: 121249
Clínica: U84 Enfermaria: B-C Leito: —
Sexo: M Peso de admissão: — Kg Peso Atual: — Kg
Hipótese Diagnóstica: —

HORA: 08:00 PLANTÃO DIURNO: U84 Pa. DATA: 19/10/19
Estado Geral: ☒ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo
Dieta: ☒ TVO ☐ SNG ☐ SNE ☐ SML ☐ SOG ☐ Dieta Zero
Padrão Respiratório: ☒ Eupneico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico
Acesso Venoso: ☒ Periférico ☐ Central Local: —
Curativo: ☒ Sim ☐ Não Local: —
Drenos: ☐ Sim ☐ Não Local: —
Evacuações: ☒ Presente ☐ Ausente Aspecto: —
Observações: Paciente sem intercorrência aceitando dieta conciliando o sono SSUV estas ves segue aos cuidados da enfermagem.

Auxiliar / Técnico de Enfermagem: Adriane

HORA: — PLANTÃO NOTURNO: — DATA: —
Estado Geral: ☐ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo
Dieta: ☐ VO ☐ SNG ☐ SNE ☐ SML ☐ SOG ☐ Dieta Zero
Padrão Respiratório: ☐ Eupneico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico
Acesso Venoso: ☐ Periférico ☐ Central Local: —
Curativo: ☐ Sim ☐ Não Local: —
Drenos: ☐ Sim ☐ Não Local: —
Evacuações: ☐ Presente ☐ Ausente Aspecto: —
Observações: —

Auxiliar / Técnico de Enfermagem: —

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Técnico de Enfermagem	Horário	Responsável



MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

PACIENTE:	Governina Lopes Leite			DATA:	18/10/19	
CIRURGIÃO:	Dr. Hemery Rodrigues			DE:	12/2/49	
ANESTESISTA:	Dr. Fereza			AUXILIAR:	Rafael + sed	
CIRURGIA:	H. cirurgia Fratura maxilar de tipo			ANESTESIA:		
ESTRUMENTADOR:	Lourival			COORDENADOR:	Ruana	
CIRCULANTE:	Lourival			COTEC:		
ENFERMEIRA:	Fabrice			HORARIO INICIO:	07:05	
				HORARIO FINAL:		

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 02

AGULHAS			
13X4,5	25X7	25X8	40X12
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27
ATADURAS			
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM	
CANULAS			
TRACHEOST 7,0	TRACHEOST 7,5	TRACHEOST 8,0	TRACHEOST 8,5
TRACHEOST 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 8	
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 UNIDIF.	GAZES	GELFOAN
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSÃO

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

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



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

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

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

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 121249

Nome: SEVERINO LOPES LEITE

Mãe: REGINA LOPES LEITE

End.: RUA ALTO JOSE LEITE

Enferm.: LEITO 05

Atendimento: 528602

Leito: 541

Dt. Cad: 17/10/2019

Dt. Naso: 28/09/1978

Beiró: MATRIZ

Cidade: VITORIA DE SANTO ANTAC

CNS: 702303129355713

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 Nega
- ☒ 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 RX
 - ☐ Não se aplica

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- ☒ Nome do procedimento realizado T. Arter. Frat. Placa Tibial ©
- ☐ 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

Revisão de Prática Alexander
CORREN-05 74.214-0206

HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA

Data: 08/10/19

CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

Hora: 07:30

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Sirlene Costa

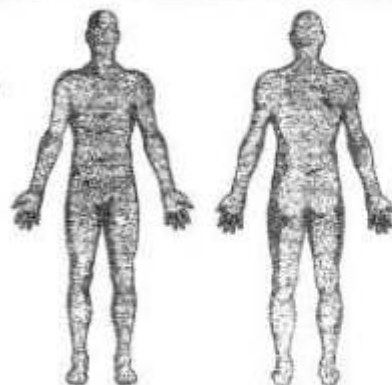
Data de Nascimento: 28/09/78 Registro: 12124-1

Setor: Leito:

SINAIS VITAIS

PA: T: HGT:

Observação:



ENTREVISTA

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

EXAMES SOLICITADOS

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

ALERGIA

SIM () QUAL:	
NÃO () OBSERVAÇÃO:	

ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO

SIM () QUAL:	
NÃO () OBSERVAÇÃO:	

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

USO DE SONDAS

SNE () SNG ()
SVD ()
Outra:

DRENO

SIM () NÃO ()
Qual:
Local:

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE

JEJUM:	SIM () NÃO ()	À partir do dia 07/10/19 às 21:00	Observação:
HIGIENIZAÇÃO:	SIM () NÃO ()	Observação:	
TRICOTOMIA:	SIM () NÃO ()	Observação:	
RETIRADO ADORNOS:	SIM () NÃO ()	RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA:	SIM () NÃO ()
CIRURGIAS ANTERIORES:	SIM () NÃO ()	Quais/Datas:	Amigdalectomia, Faringotomia, Jato de
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE:	SIM () NÃO ()	Quais/Datas:	
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:	SIM () NÃO ()	Observação:	
		LATERALIDADE DEMARCADA:	SIM () NÃO ()

Enfermeiro Responsável:

[Assinar e Carimbar]

Assinatura
COPILPE 04.057-ENF

COD 38404

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

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

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

☐ Paciente

☐ Responsável

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

- ☐ Tratamento: _____
☐ Assistência clínica: _____
☐ Procedimento: _____ ou
☐ Exame: _____

a que serei submetido.

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

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

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

☒ PACIENTE / ☐ RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Severino Lopes RG: _____
 Data de nasc.: ____/____/____ Grau de parentesco: _____

Cabo de Santo Agostinho, ____ de Outubro de 2019

Severino Lopes
Assinatura do paciente/representante legal

Preenchimento Obrigatório Médico

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

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

Cabo de Santo Agostinho, ____ de _____

Homero Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 13526

Assinatura / Carimbo do médico

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ANESTESIA

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

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

Declaro ainda que:

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

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

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

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

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

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

☐ PACIENTE / ☐ RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Sérgio Lopes Lima RG: _____
Data de nasc.: 28/01/78 Grau de parentesco: _____

Cabo de Santo Agostinho, 38 de Outubro de 20 19

Sérgio Lopes Lima
Assinatura do paciente/representante legal

Preenchimento Obrigatório Médico

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

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

Cabo de Santo Agostinho, _____ de _____ de 20 _____

Teréz C. Silva
Assinatura do médico

TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

NOME: Severino Lopes Leite DATA NASC: 28/09/1978
 REGISTRO: 332949 DATA: 18/10/19 HORA: 15h
 SETOR DE ORIGEM: 13200 SETOR DE DESTINO: 13200

S	Situação (Enfermagem)	Nível de Consciência: <u>Consciente, Orientado, Alerta</u> <u>70</u> PA: <u>134 x 95</u> pulso: <u>72</u> Temp: <u>36</u> FR: <u>15</u> Oximetria: <u>99%</u> Padrão respiratório: <input checked="" type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Suporte de O2 <input type="checkbox"/> CatO2 <input type="checkbox"/> NB2 <input type="checkbox"/> JTOT <input type="checkbox"/> Traqueo VM <input type="checkbox"/> Traqueo NEB Intercorrência nas últimas 24h: _____
B	Base do cenário (médico)	Breve relato do caso: _____ Antibiótico profilático: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Antibiótico terapêutico: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____ Horário: _____ Drogas Vasoativas: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____ Prognóstico: <input type="checkbox"/> Crônico <input type="checkbox"/> Não Crônico Nutrição: <input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Dieta _____
A	Análise (Enfermagem)	Dispositivos Invasivos: Cateter central <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim // SVD <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Alergia: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____ Hemoderivados: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____ Medicação de uso contínuo: _____ Riscos: <input type="checkbox"/> LPP <input checked="" type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Outros: _____ Grau de Complexidade: <input type="checkbox"/> Crítico <input type="checkbox"/> Semi Crítico <input type="checkbox"/> Alta dependência <input checked="" type="checkbox"/> Intermediário <input type="checkbox"/> Baixo
R	Recomendação (Enfermagem)	Exames Laboratoriais: <input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Não Coletado Qual: _____ Exames de Imagem: <input type="checkbox"/> Realizado _____ <input type="checkbox"/> Pendente _____ Curativo: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Local: <u>Quadril</u> Isolamento: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____

Enviado por: Ass. Médico _____ Ass. Enfermeiro [Assinatura]
 Recabido por: Ass. Enfermeiro _____ Hora: _____

TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

NOME: SCHUCHO, Ivo de Jesus DATA NASC: 28/09/78
REGISTRO: 32249 DATA: 30/10/19 HORA: 09:30
SETOR DE ORIGEM: VIMC SETOR DE DESTINO: BC

S	Situação (Enfermagem)	Nível de Consciência: <u>consciente, orientado</u> HGT: _____ PA: _____ Pulso: _____ Temp: _____ FR: _____ Odmatria: _____ Padrão respiratório: () Ar ambiente () Suporte de O2 () CatO2 () NB2 () TOT () Traqueo VM () Traqueo NEB Intercorrência nas últimas 24h: _____
B	Base do cenário (médico)	Breve relato do caso: _____ Antibiótico profilático: () Não () Sim Antibiótico terapêutico: () Não () Sim Qual: _____ Horário: _____ Drogas Vasoativas: () Não () Sim Qual: _____ Prognóstico: () Crônico () Não Crônico Nutrição: () Jejum () Dieta _____
A	Análise (Enfermagem)	Dispositivos Invasivos: Cateter central () Não () Sim // SVD () Não () Sim Alergia: () Não () Sim Qual: _____ Hemoderivados: () Não () Sim Qual: _____ Medicação de uso contínuo: _____ Riscos: () LPP () Queda () Elebite () Outros: _____ Grau de Complexidade: () Crítico () Semi Crítico () Alta dependência () Intermediário () Mínimo
R	Recomendação (Enfermagem)	Exames Laboratoriais: () Coletado () Não Coletado Qual: _____ Exames de Imagem: () Realizado _____ () Pendente _____ Curativo: () Não () Sim Local: _____ Isolamentos: () Não () Sim Qual: _____

Enviado por: Ass. Médico _____

Ass. Enfermeiro _____

Recebido por: Ass. Enfermeiro _____

Hora: _____

Araújo Melo
COORDENADOR

Resumo de Alta Hospitalar / Orientação Final / Ficha de Esclarecimento

Nome: Severino Lopes Leite Registro nº 121249
Idade: 41 Sexo: M Data da Admissão: 17/10/19 Data da Alta: 19/10/19

Diagnósticos Definidos: frat. da TAT (C)

Conduta / Procedimentos Realizados: fixação e parafusos
comulada

Prescrição para o Domicílio: curativo

Informações Complementares:

Programação após Alta Ambulatório de Egresso: SIM ☒ Data da Consulta: 15 dias 1/1/ NÃO ☐

Dr. Marcelo Machado
Ortopedia - Traumatologia
CRM 16548

69 fev

Assinatura do Médico e Carimbo

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é avaliar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Severino Lopes Leite

NÚMERO DO SINISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Severino Lopes Leite RG 5775.757

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Paciente sofreu queda de moto com fratura no membro inferior esquerdo ao nível do joelho esquerdo. Foi realizada com colocação de

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

com punções e prótese metálica no joelho esquerdo. Rx. C.D. 5.82.1

EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCREVER:

() SIM (X) NÃO

Apresenta lesão 80%

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

() A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

(X) A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

1º Fratura membro inferior esquerdo
2º com prótese metálica no joelho esquerdo
3º alta ortopédica e fisioterapia
4º
5º

AFFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE _____ A _____

E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Vitoria Sto Antônio

3-2-2020

LOCAL

DATA

ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

Apuleio Brum Rego Weira
Médico do Trabalho
CRM 2007 / MT - 0224

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA
NOME: SEVERINO LOPES LEITE
REG: 4249
DATA: 18 / 10 / 19

RAIOX

RAXOX

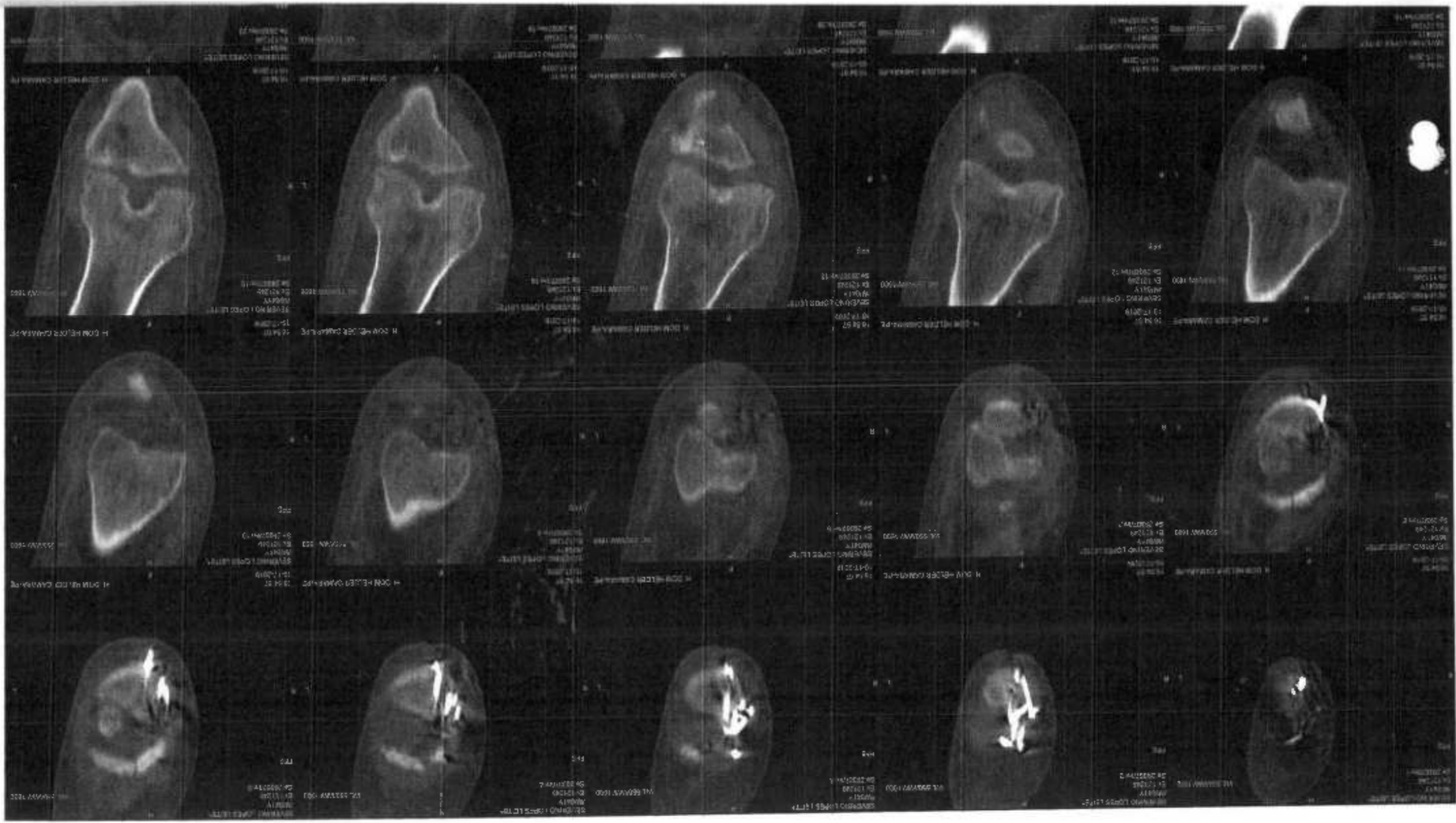
HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

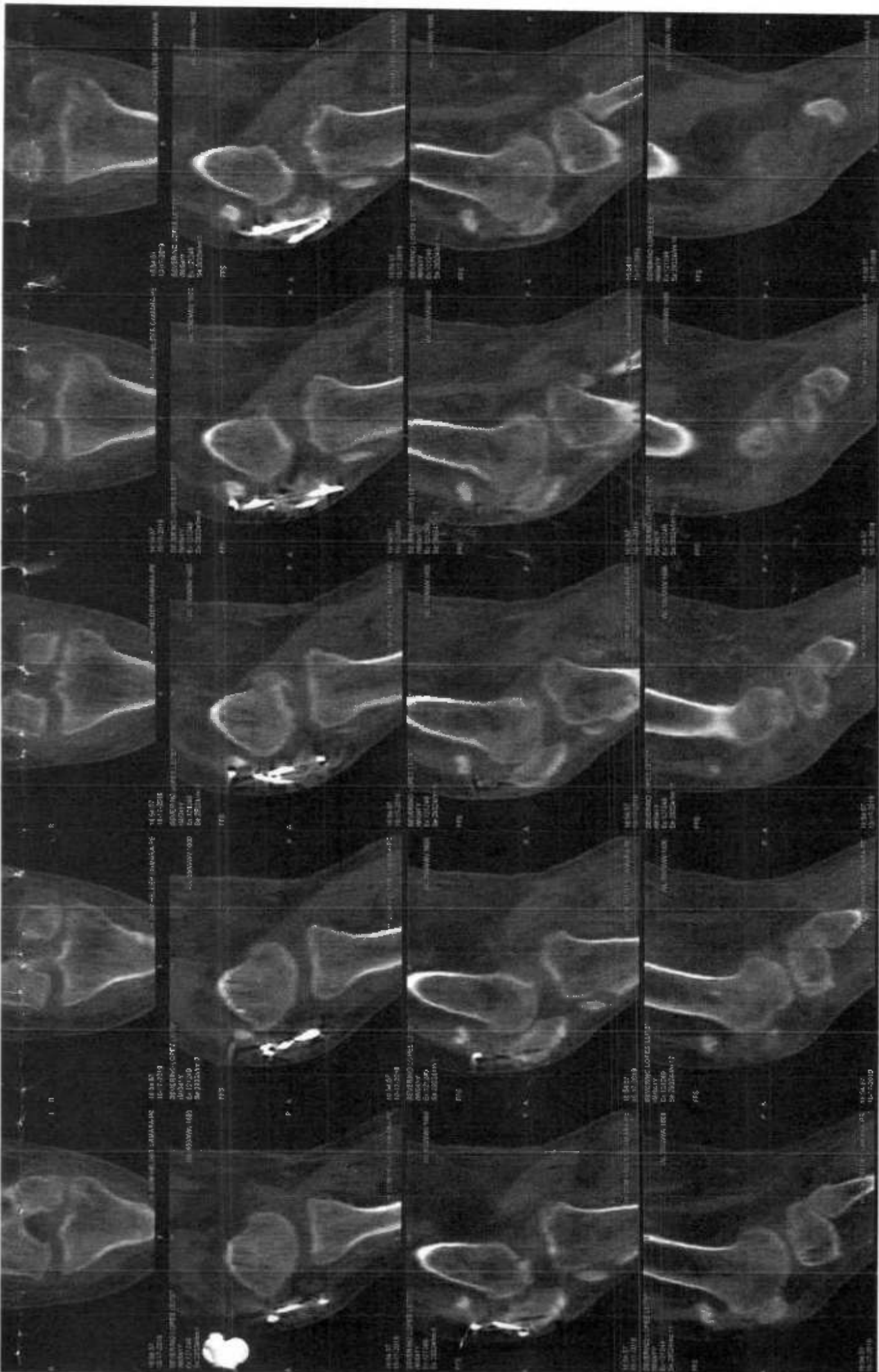
NOME: Silvestre Lopes Leite

REG: 121249

DATA: 18 / 10 / 19









REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

INSTITUTO DE PENALIDADE

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE DEFESA SOCIAL

CAC-06

10

RETRATO

RETRATO

Severino Lopes Leite

CAPITULA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

INSTITUTO DE PENALIDADE

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE DEFESA SOCIAL

CAC-06

10

RETRATO

RETRATO

Severino Lopes Leite

CAPITULA DE IDENTIDADE

5.775.757

07/03/2012

SEVERINO LOPES LEITE >>

<< JOSÉ ALBINO LEITE FILHO >>

<< REGINA LOPES LEITE >>

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - PE

28/09/1978

0012884 47 VITÓRIA DE SANTO ANTÃO-PE >>

031.173.414-56



MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE
Secretaria de Recursos Hídricos

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de inscrição

Nome

Nascimento



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE JUSTIÇA

CAC-01




Ivonildo Ferreira de Barros Júnior

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
SERIAL 4.493.761

DATA DE EMISSÃO 23/08/2011

TÍTULO << IVONILDO FERREIRA DE BARROS JÚNIOR >>

ALICOTA << IVONILDO FERREIRA DE BARROS >>

INSCRIÇÃO << MYRTE MARIA WANDERLEY DE BARROS >>

LOCALIDADE RECIFE - PE

DATA DE NASCIMENTO 20/03/1975

DESCRIÇÃO << CN-74847 LA-81 F.186 V.CART.SEDE-VITÓRIA DE STANTÃO-PE.19.12.1985 >>

794.699.224-68

ASSINATURA DO UNIFICADO

F-46 29.958 - 4433

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº 014959211802
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA- COD. RENAVAM- RNTRO- EXERCÍCIO-
1 461718430 ***** 2019

JOSEFA CORREIA DE AMORIM FALCAO

VIT. STO. ANTAO-PE

174.291.024-88

PLACA
PFP2004

PLACA ANT./UL- CHASSI-
***** 9C2ND0910CR009927

PAS MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

HONDA/XRE 300

ANO FAB- ANO MOD-
2012 2012

22/291CL

CATEGORIA
PARTIC

COR/PREDOMINANTE
AZUL

COTA ÚNICA- VENC. COTA ÚNICA-
IPVA 2019 QUITADO

VENC./COTAS
1ª *****

PARA IPVA- PARCELAMENTO/COTAS-
1 *****

2ª *****
3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)- IOF (R\$)- PRÊMIO TOTAL (R\$)- DATA DE PAGAMENTO-
80.11 0.22 84.58 29/10/19

SEM RESERVA

Roberto Carlos Fontelles
VIT. STO. ANTAO-PE 07/11/19
Roberto Carlos Moreira Fontelles
DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014959211802 BILHETE DE SEGURO DPVAT
JOSEFA CORREIA DE AMORIM FALCAO

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

VIT. STO. ANTAO-PE EXERCÍCIO- DATA EMISSÃO-
2019 07/11/19

VIA- CPF / CNPJ- PLACA-
1 174.291.024-88 PFP2004

RENAVAM- MARCA / MODELO-
461718430 HONDA/XRE 300

ANO FAB- QRT TIME- Nº CHASSI-
2012 08 9C2ND0910CR009927

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)- GENATAM (R\$)- CUSTO DO SEGURO (R\$)-
26.05 4.01 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$)- IOF (R\$)- TOTAL A SER PAGO (R\$)-
4.15 0.22 84.58

X COTA ÚNICA PAGAMENTO- PARCELADO- DATA DE QUITAÇÃO-
29/10/19

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.240.028/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PORTO OBRIGATORIO

JUL-2019

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA SEVERINO LOPES LEITE
 DATA DO ACIDENTE 12/10/19 CPF DA VÍTIMA 031.171.414-56
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É SEVERINO LOPES LEITE
 ENDEREÇO DO PORTADOR PRAÇA PADRE FELIX BARRETO
 Nº 13 COMPLEMENTO BAIRRO LIVRAMENTO
 CIDADE VITORIA UF PE CEP 55602-360
 E-MAIL TELEFONE (81) 98877-6145

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☐ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA


DATA
 IDENTIDADE 4493761
 ASSINATURA Ivonildo Ferreira

RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURADORA

DATA
 NOME
 ASSINATURA

ob Barros

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Comércios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0055300/20

Vítima: SEVERINO LOPES LEITE

CPF: 031.171.414-56

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 13/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SEVERINO LOPES LEITE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR : 794.699.224-68

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

SEVERINO LOPES LEITE : 031.171.414-56

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: 10/02/2020
Nome: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR
CPF: 794.699.224-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/02/2020
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Josyelli de Oliveira Cabral

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome:	SEVERINO LOPES LEITE		
Nacionalidade:	BRASILEIRO	Estado civil:	CASADO
Profissão:	AUTOMUNDO		
Identidade:	5775 257	CPF:	031 171 414 56
Endereço:	RUA ALTO JOSE LEITE N.º 46		

DATA DO ACIDENTE: 13/10/19. COBERTURA: INVALIDEZ.

OUTORGADO:

Nome:	IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR		
Nacionalidade:	BRASILEIRO	Estado civil:	SOLTEIRO
Profissão:			
Identidade:	4.493.761 SSP/PE	CPF:	794.699.224-68
Endereço:	Praça Padre Felix Barreto, nº 13 - Livramento - CEP:55602-360 - VITÓRIA DE SANTO ANTÃO /PE.		

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.

NOME DA VÍTIMA: SEVERINO LOPES LEITE

VITÓRIA - PE, 11/12/2019

LOCAL E DATA:

Severino Lopes Leite

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Cartório
José Borba

Serviço Notarial e
Registral José Borba

R. Melo Verpos, 130 - Centro - Vitória de Santo Antão/PE
CNPJ: 11.332.363/0001-03 - Tel: (81) 3523-0074
E-mail: servico@notario576a@gmail.com

Reconheço por autenticidade a firma indicada de
SEVERINO LOPES LEITE
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.
Vitória de Santo Antão, 11 de dezembro de 2019.
Em test. da verdade
JOSE ANIBAL DE SOUSA BORBA (ESCREVENTE
AUTORIZADO)
Emol: R\$ 3,30 TSNR: R\$ 1,52 Total: R\$ 4,81
Selo 0073577 FSJH1201902.03279
Consulte autenticidade em www.tjpa.jus.br/seiodigital



Severino Mariano Bezerra Filho
Escrevente Autorizado

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0055300/20

Vítima: SEVERINO LOPES LEITE

CPF: 031.171.414-56

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 13/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SEVERINO LOPES LEITE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR : 794.699.224-68

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

SEVERINO LOPES LEITE : 031.171.414-56

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: 10/02/2020
Nome: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR
CPF: 794.699.224-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/02/2020
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Josyelli de Oliveira Cabral

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200067939 **Cidade:** Glória do Goitá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO LOPES LEITE **Data do acidente:** 13/10/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA TUBEROSIDADE ANTERIOR DA TIBIA DO JOELHO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: LIMITAÇÃO LEVE DA EXTENSAO DO JOELHO ESQUERDO (APROX 20 GRAUS DE REDUÇÃO) E MODERADA DA FLEXAO (APROX 90 GRAUS). MARCHA CLAUDICANTE, MAS SEM APOIO. CICATRIZES SOBREPOSTAS NA REGIAO ANTERIOR DO JOELHO ESQUERDO E PREGRESSA NA REGIAO LATERAL DA COXA.

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇÃO TOTAL DA FRATURA DA TAT COM BOA REDUÇÃO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 02/03/2020

Conduta mantida:

Observações: VITIMA PORTADORA DE SEQUELA MAIS GRAVE NO JOELHO E COXA ESQUERDA POR TRAUMA ANTERIOR COMPROVADO NAS RADIOGRAFIAS.

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 joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75