



Número: **0025388-67.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 31ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **02/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SEVERINO LOPES LEITE (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72830311	21/12/2020 10:27	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, 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

Carta nº 15501529

Pag. 01481/01482 - carta_01 - INVALIDEZ

00010741





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, 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: INTERRUÇÃO 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

Pag. 01809/01810 - carta_02 - INVALIDEZ

00090905



Carta nº 1553781





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, 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

Pag. 01131/01132 - carta_30 - INVALIDEZ

00020566



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1 - Nome completo do segurado: SELEIANO TEODOSIO LITE 2 - CPF do segurado: 3217141456 3 - Nome completo da vítima: SELEIANO TEODOSIO LITE

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

5 - Nome completo: SELEIANO TEODOSIO LITE 6 - CPF: 3217141456
7 - Profissão: PROFESSOR 8 - Endereço: RUA DA LUTA LÍDER LITE 9 - Número: 43 10 - Complemento:
11 - Bairro: ALTO DE LITE 12 - Cidade: VITÓRIA 13 - Estado: ES 14 - CEP: 55604-220
15 - E-mail: 16 - Tel/DDD: 223311113

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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, e informo comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.501,00 ATE 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assine e uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
Nome do BANCO: BRAPESCO

AGÊNCIA: 32171 CONTA: 0350017
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a seguradora a que, para fins de análise bancária e emissão de crédito, consulte a base de dados do Banco do Brasil S/A e do Banco do Brasil S/A, e que eu tenha direito, recebendo, anexo e autenticado, desde já e somente após a elevação 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 6.196/74), 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.

Declaro, sob as penas da Lei, que não apresentei o laudo do IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT, uma vez que estou impossibilitado de apresentar o laudo do IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT, 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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: 30 - Vítima deixou nascituro(nasceres)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que, sob as penas da Lei, não apresentei o laudo do IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT, uma vez que estou impossibilitado de apresentar o laudo do IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT, 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.

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:

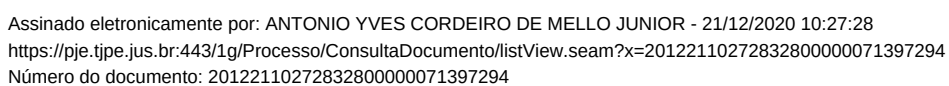
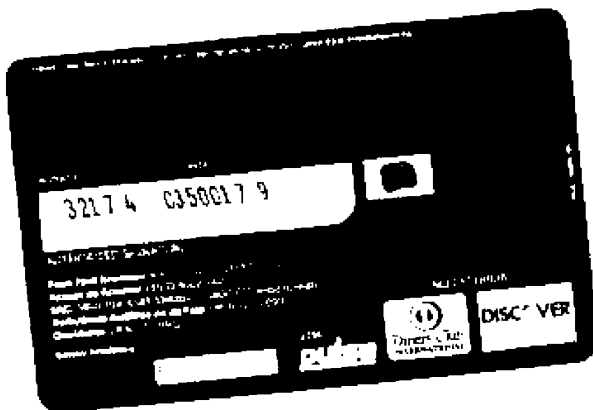
40 - Local e Data:

X 41 - Assinatura da vítima/beneficiário/declarante

Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





**Lauda de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas 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 EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO (APROX 20 GRAUS DE REDUÇÃO) E MODERADA DA FLEXÃO (APROX 90 GRAUS). MARCHA CLAUDICANTE, MAS SEM APOIO. CICATRIZES SOBREPOSTAS NA REGIÃO ANTERIOR DO JOELHO ESQUERDO E PREGRESSA NA REGIÃO LATERAL DA COXA.
- IV. Nexo de causalidade: 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:
DEFICIT 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 (*).
- | | |
|--|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "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> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
JOELHO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):

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

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

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |

VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

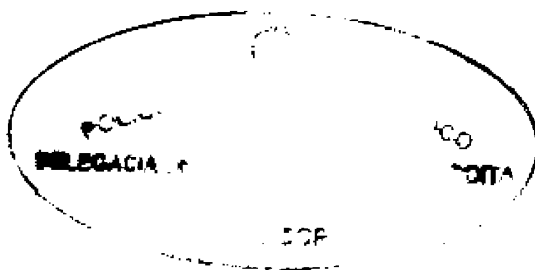
VÍTIMA PORTADORA DE SEQUELA MAIS GRAVE NO JOELHO E COXA ESQUERDA POR TRAUMA ANTERIOR COMPROVADO NAS RADIOGRAFIAS.

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

Antônio Yves Cordeiro de Mello Junior

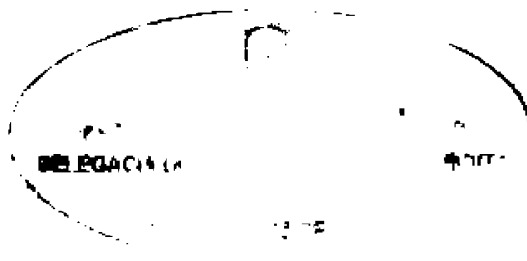
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CRM 10.123/PE





Severino Evaldo do Nascimento

Severino Evaldo do Nascimento
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

1 - Nome completo do segurado: SELENO TEODOSIO LITE 2 - CPF do segurado: 3217141456 3 - Nome completo da vítima: SELENO TEODOSIO LITE

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

5 - Nome completo: SELENO TEODOSIO LITE 6 - CPF: 3217141456
7 - Profissão: PROFESSOR 8 - Endereço: RUA DA LÍZIA LITE 9 - Número: 43 10 - Complemento:
11 - Bairro: SAO JOAO 12 - Cidade: JOAZEIRO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55600-220
15 - E-mail: seleto@pe.com.br 16 - Tel/DDD: 82 33311111

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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, e informo 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 ATE 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assine e uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: BR DESCO
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

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

Autorizo a seguradora a que, para fins de análise de crédito, consulte o nome do segurado e/ou da vítima no sistema de crédito do SBC (Sistema de Crédito do Seguro DPVAT) e que eu tenha direito, recebendo o valor devido, desde já e somente após a elevação 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 6.196/74), 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.

Declaro, sob as penas da Lei, que não apresentarei o laudo do IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT, uma vez que estou impossibilitado de apresentar o laudo do IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.196/74), uma vez que:

Declaro, sob as penas da Lei, que não apresentarei o laudo do IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT, uma vez que estou impossibilitado de apresentar o laudo do IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.196/74), uma vez que:

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos/falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(nasceres)? ☐ 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, sob as penas da Lei, não apresentarei o laudo do IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT, uma vez que estou impossibilitado de apresentar o laudo do IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.196/74), uma vez que:

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 41 - Assinatura da vítima/beneficiário/declarante

Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BRADESCO

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

BRADESCO090320200500000000002370321700000035001784375 PAGO



PARA USO DOS CORREIOS

Matrícula: _____

Função do responsável: _____

Retirado ao serviço Postal em: _____

01 - NÃO PAGOU PAGO

02 - ENDERÇO INSUFICIENTE

03 - NÃO EXISTE ENDERÇO

04 - FALSO

05 - DESCONHECIDA

06 - PERDIDO

07 - CAIXA POSTAL VENCIDA

08 - CAIXA POSTAL VENCIDA



OTC REFEPEPL4



SEVERINO LOPES LEITE
RUA ALTO JOSE LEITE 43-CASA LIVRAMENTO
VITORIA DE SANTO ANTAO - PE
55802-820



721319506976542000000109530191219
Data Postagem: 191219

55227289841193470283

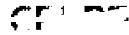
ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO
CAIXA POSTAL: 70.540
CEP: 01158-970
SÃO PAULO - SP

CNPJ: 28.186.889/0001-43



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 0085943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-8167-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: 794.899.224-68	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 0005383480
	CLASSIFICAÇÃO B3 COMERCIAL - COMERCIAL Monofásico		
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA PC PE FELIX BARRETO 13 LIVRAMENTO VITÓRIA DE SANTO ANTAO 55602-350 VITÓRIA DE SANTO ANTAO PE	RESERVADO AO FISCO BCC1.661F.0828.BA27.5EA4.E01E.981D.0D14		

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	104,00	0,42656182	44,36
Consumo Ativo(kWh)-TE	104,00	0,35875623	37,31
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,94
Contrib. Muni. Públicas Municipal			15,11
ICMS Subvenção-CDE-NF 084023/03-49/11/18			1,18

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO
Consumo Ativo(kWh)-TUSD 0 2000000	JAN 20 104
Consumo Ativo(kWh)-TE 0 2000000	DEZ 19 156
	NOV 19 443
	DUT 19 191
	SET 19 163
	AGO 19 163
	JUL 19 180
	JUN 19 104
	MAY 19 170
	ABR 19 171
	MAR 19 160
	FEV 19 108
	JAN 19 120

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

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh		
000000005011082258	CAT	12/12/2019 11.124,00	09/01/2020 11.228,00	28	1.000,00	0,00	104,00		
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LECTURA: 09/02/2020									

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR SUPRIDO	MÉDIA ANUAL	MÉDIA TRIM	MÉDIA ANUAL
nov/2019					
Duração de Interrupção sem Energia	VITÓRIA DE SANTO ANTAO	0,00	5,70	11,58	23,16
FIC-Nódo Vitória sem Energia	ANTAO	0,00	3,30	6,60	13,20
Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,37	0,00	0,00
Duração de interrupção em dia crítico					12,22
EURO Autor do Encargo de Uen = R\$ 31,05					
Título Consumidor pode solicitar a supunção das interrupções DCR, FIC, NMIC e DCR1 a qualquer tempo					

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ag correios wagner: avenida mariano amélia matiz / crigiel comercial farmaceutica: rua primitivo de miranda 197 centro. Leste 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/ANBEL), Juros 1%(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.

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

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu 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 LUCES LEITE inscrito
(a) no CPF sob o Nº 031.171.414 / 56 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEL da Vítima
SEVERINO LUCES LEITE 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

2020 de 12 de 2017
Local e Data

IVONILDO FERREIRA DE B. JUNIOR
Assinatura do Declarante

DLDP 001 V001/2017



Nome: SEVERINO LOPES LEITE
Id. registro: 65301
Id. Nasc: 18/09/73 - 41 ano(s)
Sexo: Masculino
Mãe: REGINA LOPES LEITE
Fone: 31854111
Endereço: RUA JOSÉ LEITE, Nº 13, LITRAMENTO, VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - PE
Data/hora: 13/12/2019 - 12:03
Nº pag.: 1/1
Categoria: 01

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ANAMNESE

- Hipertensão

Moto - S

ALERGIA

QUEIXA PRINCIPAL:

PACIENTE REFERE, NO MOMENTO, DOR E EDENIA NO TULHO ESQUERDO APÓS QUEIXA DE

EXAME FÍSICO:

Pa: 140 X 100 mmHg Temp: 36,5°C HGT: 1,60m
 P: 60 kg IMC: 23,8 kg/m² SpO2: 96%

Observação:

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

CUREN 444306
 DR. E. A. TELLA JOYCE SILVA DE ALMEIDA

1 - Histórico de trauma - R. M. A. - C. B. - 13/12/2019 - V. de Santo Antônio - PE
 Contato: 31854111-55833



Nome: SEVERINO LOPES LEITE **Nº registro:** 65306f
Dt. Nasc: 28/09/78 41 ano (s) **Sexo:** Masculino
Mãe: REGINA LOPES LEITE **Fone:** 319 3444
Endereço: R JOSÉ LEITE, nº 43, LIVRAMENTO, VITORIA DE SANTO ANTAO - PE
Data/hora: 13/10/2019 - 12:09 **Nº pág.:** 1/2
Setor: Leito

CONSULTA MÉDICA

ANAMNESE:
 - Hipertensão

Moto - S

ALERGIA: NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:

{ - }

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

QUEIXA RELATADA AO MÉDICO :

PACIENTE PORTADOR DE SEQUELA DE LESÃO DE N. CIATICO EM MIE, POR TRAUMA DE 1993, QUELELA QUE HÁ 2 HORAS SOFREU ACIDENTE DE TRANSITO CURSANDO COM DOR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTAÇÃO DO 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 ARTRITE CRÔNICA E PRESENÇA DE MATERIAL DE SINTESE 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

Av. Henrique de Holanda nº87, Matriz CEP: 55602-000 - Vitória de Santo Antão - PE
 Contato: (81) 3526-8833



Nome: SEVERINO LOPES LEITE

DT. Nascimento: 28/09/78 - 41 ano(s)

Mãe: REGINA LOPES LEITE

Nº registro: 65300

Sexo: Masculino

Fone: 8185-4444

Exame: R. LOPE LEITE, nº 43 LIVRAMENTO, VITORIA DE SANTO ANTÃO - PE

Data: 15/11/2019 - 12:09

Selo: 10000

Nº pag.: 2/2

RESULTADOS DE EXAMES:

EVOLUÇÃO DO PACIENTE:

**CRM: 20117
DR. RAFAEL BAIÃO CARVALHO SILVA**

**Av. Getúlio de Holanda 1507, Matriz, CEP: 55012-000, Vitória de Santo Antão - PE
Contato: (81) 3520-8833**





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 AMBAURG

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:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 999203646

Cartão SUS: 702003129355713

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

torção no braço

Exame Físico

torção no braço

Suposição Diagnóstica

fract. YAT?

Conduta Terapêutica

TC xee lno

Prescrição Médica

intervencao hematom

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:
LEITO DO PACIENTE:





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 528602

Data e Hora do Atendimento: 17/10/2019 19:58

Usuário do Atendimento: DAYENESS

Convênio: SUS - INTERNACAO

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: 999203648

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: fratura de tibia

Procedimento: fixação

Alta em: 19/10

Médico e C.R.M.: Dr. Almoor

Responsável pela retirada do paciente - Nome: Dr. Almoor

Assinatura e R.G.: _____

HCM - Hospital Dom Helder Câmara
Wendell R. Silva
Assistente Adm. I
SAME - Paternidade

CCM
17/10/19

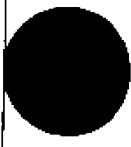


HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

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:	-

Sigla:

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

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Dr. Homero Rodrigues

CRM 13526

ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

Seus Lopes herik.

ANTONIO

HOT - Amulher

5-pm. pul mch

M. Arlyne tenogor

Joelhe

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: Silvina Lopes Leite Registro: 5 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 déficit sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	4
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 aos intervalos habituais.	4
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.	4
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.	4
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come variamente 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 este líquido 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.	4
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. Espasmodicidade, contraturas 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.		3

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

Pontuação Total 23

HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: SEVERINA IGDA IGZT Registro: _____ Nº Atendimento: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração: _____

EM? - JCEHC @

História da Doença Atual: _____

Quemimber or Benz

Interrogatório Sintomatológica: _____

Dur JCEHC



Exame Físico. _____

Dor + edema

Antecedentes Pessoais: _____

HA

Medicações em Uso _____

Hydones H 1/2 CP 3x12

Antecedentes Familiares: _____

Hipótese Diagnóstica Principal: _____

ELG3 - 101

Hipóteses Diagnósticas Secundárias: _____

Plano Terapêutico: _____

HA

Assinatura e Carimbo

Cabo de Santo Agostinho, ____/____/____

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





**HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA**



**GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR**

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Sergio Lopez Liti Registro: 12.200

Clinica: _____ **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____

Data/Hora	#
19-10-19	Pct 1º DPD no Xuxua - Ext Plate Tibial © 188cm EGB; Consciente, Quantada: sup-novo plubru: glomantilo: Curatim Quirao. AVE MJEI : Diviso @ Acita dita vs ; sim nitros estavus; regis de alta hospital 5/ quixad

COD. 38251



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

Página.: 0001

Data : 18/10/2019

Hora : 09:28

Aviso de Cirurgia : 43404 Sala : 0002 SALA 02
Paciente : 121249 SEVERINO LOPES LEITE
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Atendimento : 528602
Leito : 541 Dt. Fim : 18/10/2019 09:32 Carteira :
Dt. Inicio : 18/10/2019 09:00 Idade : 41 Anos
Cid Pré-Operatório : S82* FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA
Cid Pós-Operatório : S82* FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Procedimento: 0408050500 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TIBIA (PRINCIPAL)
Corvário: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 001 RAQUIANESTESIA + SEDACAO

CIRURGIAO 13528 HOMERO RODRIGUES SILVA NETO
ANESTESISTA 8010 TEREZA CRISTINA DA SILVA

Descrição Cirúrgica :

DESCRIÇÃO CIRURGICA

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL EM MESA CIRURGICA
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 CANCELADOS 4,5 MM
7. TESTES OK
8. CONTROLE RADIOSCÓPICO
9. FECHAMENTO POR PLANOS

Assinatura Cirúrgica

Descrição Complementar

GR(A) HOMERO RODRIGUES SILVA NETO
CRM 13528

18/10/19 *João*

HOSPITAL METROPOLITANO SUL DOM HELDER CAMARA





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

Paciente

BRUNO LUIZ DE OLIVEIRA NEVES

Sexo

Cor

Idade

Risco

CRM

Nome do Anestesiologista

Nome do Cirurgião

Medicação Pré-anestésica

Urgência

☐ NÃO

☐ SIM

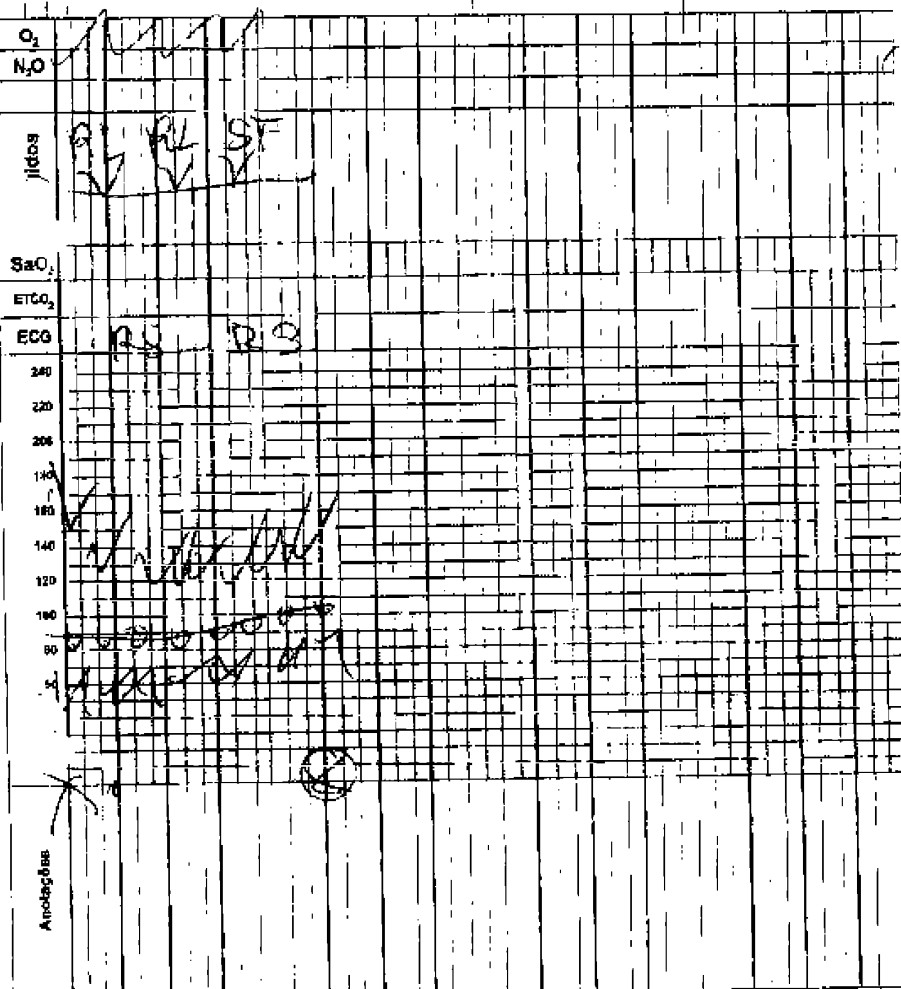
Cirurgia

Treat injury foot Tibia F

Horário

Drogas Usadas

Quantidade



1200, 0,5 ml, 15 ml
Dmuf 60 ml
Cefazolin 2g
Nipiridol (ml)

Técnica Anestésica

Baixa h2-tes
mifly suu
após de 28
pneus 4ml
+ Soro 1
Vital

Monitorização

☒ Cardioscópio

☒ Oxímetro

☒ PNI

☒ Sonda Vesical

☐ Capnógrafo

☐ Elet. Pré-Cordial

☐ Outros

☐ BIS

☐ Temperatura

☐ Swan-Ganz

☐ Analizador Gases

☐ PVC

☐ Estimulador de Nervo

☐ Linha Arterial

☐ Volemia BP Plus

Encaminhado

☒ Acordado

☐ Sonolento

☐ Intubado

Destino

☒ SRPA

☐ Apant/Enf.

☐ Um

☐ Externo

Intercorrência:

☐ NÃO

☐ SIM

Descrever:

Observações

Tereza C. Silva
Médica
Cirurgiã

Assinatura de Anestesiologista



GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Severino Lopes Leite Data: 18/10/19 Hora: 07:05 Registro: 142249
Comênia: SOS Letto: _____ Peso: _____ Altura: _____

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Flomero Rodrigues Anestesiologista: Dr. Tanya
Auxiliar: _____ 2º Auxiliar: _____ Instrumentador: Luiz

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Exatoma fratura fechada de tibia e Início: 09:00 Término: _____
Anestesia: Rapida + sedativa Início: 08:45 Término: _____

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

Estado Geral: () Bom (☒) Regular () Grave
Nível de Consciência: (☒) Orientado () Consciente () Sonolento () Coma
Respiração: (☒) Espontânea () Entubado () Traqueostomizado
Trocena: () 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:

Odmetro de Pulso (☒) Monitor Cardíaco (☒) PNI: (☒) Bomba CEC () Aspirador ()
Colchão Térmico () Eletrocardiograma () Antecópio () Microscópio () Capnógrafo ()
Bisturi Elétrico (☒) Local da Peça: posterior
Carro de Anestesia (☒) Difusor () Intermifcador (☒) Nº () _____
Ap. Vídeo () Bomba de Infusão ()
Oxigênio () Início: _____ Término: _____
Protóxido () Início: _____ Término: _____
Gás Carbônico () Início: _____ Término: _____
Outros: _____

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Cânula Orotraqueal: Sim () Não (☒)
Banda Vascular de Demora: Sim () Não (☒)
Drenagem (Tipo e Local): Sim () Não (☒)
Curativo (Tipo e Local): Sim (☒) Não ()

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIAS: medicamentosos em ficha de CIRURGIA: _____
anestesia _____

6 - OBSERVAÇÕES:

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

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

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

CÓD. 38607





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA

2-05



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA:

Nome: SASS MARCO LOPES data: 28/10/20 Hora: 08:40 Registro: 121249
Leito de origem: _____

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: 130. Prolapto de Hemorroida interna
Tipo de anestesia: Local - Sedação
Equipe: Dr. Hernando Sodrigues Anestesista: Dr. Tarciso

3. Admissão

Estado geral: () Bom (☒) Regular () Torporoso () Grave^o
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>09:55</u> <u>114x63</u>	<u>10:10</u> <u>118x70</u>	<u>10:40</u> <u>121x87</u>	<u>11:10</u> <u>122x71</u>	<u>11:40</u> <u>135x84</u>	
FR	<u>12</u>	<u>13</u>	<u>18</u>	<u>17</u>	<u>16</u>	
FC	<u>36</u>	<u>56</u>	<u>86</u>	<u>78</u>	<u>81</u>	
SaPO2	<u>98</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: _____

Miguel
Méd. *Costa*

CÓD: 38398



Nome: Sergio Lopes Leite Registro: 191249 Leito: _____

Procedimento Cirúrgico: Frat. Plasto Tórax (C) Data: _____ Hora: _____

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
1. Ansiedade	☒ Encorajar verbalização dos sentimentos e medos ☒ Proporcionar apoio emocional ☐ Dar informação ao paciente e familiares ☐ Outros	
2. Ventilação prejudicada ☒	☐ Manter decúbito elevado ☐ Aspirar vias aéreas superiores de ___/___h ☐ Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz ☐ Manter o paciente em posição de Fowler ☐ Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR ☐ Instalar () manter () Anotar oximetria de pulso ☐ Outros	
3. Padrão de eliminação urinária ☒ Diminuído ☒ Aumentado	☐ Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ___/___h ☐ Estimular eliminação por meios físicos (ligar torneira, compressas frias no abdômen). ☐ Colocar o paciente em posição de Fowler ☐ Orientar o aumento da ingestão hídrica ☒ Registrar-se: ☒ Dor ao urinar ☒ Abaulamento em região suprapúbica ☒ Ausência de diurese espontânea ☐ Outros	
4. Dor () Local: _____ ☒ Leve ☒ Moderada ☒ Severa	☐ Verificar qual posição adequada do paciente no pós anestésico ☒ 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 intensidade da dor ☐ Outros	
5. Integridade tissular prejudicada ☒	☐ Descrever características da lesão ☐ Realizar curativo de ___/___h ☐ Realizar mudança de decúbito de ___/___h ☐ Medir decúbito de dreno de ___/___h ☐ Manter curativo oclusivo por ___h ☐ Outros	
6. Sangramento ☒ Local: _____ ☒ Leve ☒ Moderado ☒ Severo	☒ Aferir pressão arterial de <u>95/55</u> h ☐ Manter decúbito: _____ ☐ Realizar curativo compressivo ☐ Outros	
7. Imobilidade no leito prejudicada ☒	☐ Pinçar dreno ao transportar paciente ☐ Avaliar mobilização do dreno (Tractionado) ☐ Manter repouso no leito em posição: ☐ Outros	



DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
8. Desidratação (✓)	☒ Registrar frequência, volume e aspecto da diurese a cada 2/3 h ☒ Avaliar e registrar umidade de mucosas ☒ Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária ☒ Registrar turgor e elasticidade da pele ☐ Outros	
9. Êmese (✓) Náusea (✓)	☐ Registrar aspecto e quantidade de episódios ☐ Manter decúbito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada ☐ Verificar posicionamento da SNG/SNE ☐ Outros	
10. Temperatura Corporal (✓) Diminuída (✓) Elevada	☒ Aferir temperatura de 4/12 h / Comunicar se estiver abaixo de 35°C ou acima de 37°C ☐ Em caso de hipotermia aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica ☐ Em caso de hipertermia retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente ☐ Outros	
11. Choque hipovolêmico (✓)	☒ Aferir sinais vitais a cada 15/30 min. ☐ Avaliar coloração e umidade da pele ☐ Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O verificar sinais como: (✓) Taquicardia; (✓) Palidez cutânea; (✓) Pulso irregular; () Pele fria; () Perda de consciência. ☐ Outros	
12. Risco para infecção (✓)	☒ Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização ☒ Registrar e anotar sinais flogísticos Local: _____ ☒ Examinar F.O e registrar alterações (✓) dor; (✓) Calor; (✓) rubor; (✓) edema. ☐ Outros	
13.	☐ 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 -	Ana Maria Costa ENF. COREN-PE 367.247 ENFERMEIRO(A) - N -	Ana Mery Ferreira Tec. enfermagem Coren 954.114 TEC. EM ENFERMAGEM - D -	Fabiana M. Pereira Almeida COREN-PE 374.214-ENF ENFERMEIRO(A) - N -
---	---	---	---

ASSINATURA E CARIMBO

ASSINATURA E CARIMBO



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

Nome: S. LONG LOPES LOPES Registro: 121949
Clínica: 350 Enfermaria: SA 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 com estado geral regular, dieta VO, acesso venoso periférico, curativo sim, drenos não, evacuações presentes.

Auxiliar / Técnico de Enfermagem: _____
HORA: 20:00 PLANTÃO NOTURNO: PA 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 com estado geral regular, dieta VO, acesso venoso periférico, curativo sim, drenos não, evacuações presentes.

Auxiliar / Técnico de Enfermagem: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		
Técnico de Enfermagem	Horário	Responsável



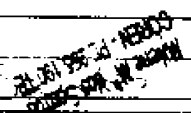
SINAIS VITAIS					OXIGENOTERAPIA					CONTROLE HIDRICO										DEMAIS CONTROLES								
HORA	PA	T. INCUB	F.C. (bpm)	F. Resp	Sat / O2	Temp.	TP O2	FI O2	O2	Ar. Comp.	PEEP	Oral	S. Gest.	NPT	Soro	Medic.	Draino	Diurose	S. Gást.	Fezes	Vômitos	DVE	Netrost.	Glicosúria	Catonúria	Dextro	Dens. U	Asp.VAS
7																												
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												
13																												
14																												
15																												
16																												
17																												
18																												
19																												
20																												
21																												
22																												
23																												
24																												
1																												
2																												
3																												
4																												
5																												
6																												
T																												

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

Nome: Silvia Registro: 121249
Clínica: 212 Enfermaria: B-6 Leito: 1
Sexo: M Peso de admissão: 70 Kg Peso Atual: 70 Kg

Hipótese Diagnóstica:

HORA: 15:00 PLANTÃO DIURNO: Uma vez DATA: 19/10/19
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 sem intercorrência mantendo
dieta auxiliando o sono e a higiene
segue aos cuidados da enfermagem.

Auxiliar / Técnico de Enfermagem: 

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





PACIENTE:	Gervana Lopes Leite			DATA:	28/10/19		
CIRURGIÃO:	Dr. Homero Rodrigues			AUXILAR:	22.12.49		
ANESTESISTA:	Dr. Carlos			ANESTESIA:	Rangier + sed		
CIRURGIA:	H. cirurgia fratura maxilar de Lira e			COORDENADOR:	Mona		
ESTRUMENTADOR:	Nauri			HORARIO INICIAL:	08:00		
CIRCULANTE:	Lucy			HORARIO FINAL:	12:00		
ENFERMEIRA:	Fabrizi						

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 02				DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
AGULHAS				TERMOIS			
13X4,5	25X7	25X8	40X12	KHER 8	KHER 12	KHER 14	
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27	KHER 18	SUCCAO 4,6	SUCCAO 6,4	
ATENDURAS				BLAKER 19FF	TORAX 28	TORAX 28	
GREPE 10CM	GREPE 18CM	GREPE 20CM	GREPE 30CM	TORAX 28	TORAX 32	TORAX 36	
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM		ENTERAL 7			
CAPIULAS				ASPIRACAO 1	ENDOTRAQ 2,5	ENDOTRAQ 3,0	
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5	ENDOTRAQ 3	ENDOTRAQ 4,5	ENDOTRAQ 5,0	
TRAQUEOST 9,0				ENDOTRAQ 5,5	ENDOTRAQ 6,5	ENDOTRAQ 7,0	
CATETER				ENDOTRAQ 7	ENDOTRAQ 8,5	ENDOTRAQ 9,0	
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 18	SUBCLAVIA 18	FOLEY 3VIAS	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20	
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 18	JELCO 18	FOLEY 2VIAS	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12	
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24		FOLEY 2VIAS 1	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20	
LIMPADORES				NASO 10	NASO 14	NASO 18	
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400	NASO 18	NASO 22	URETRAL 4	
CURATIVOS				URETRAL	URETRAL 10	URETRAL 12	
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX	URETRAL 1	URETRAL 18	URETRAL 20	
EQUIPOS				ALGODAO	ALGODAO 3-0	PITA CARDIACA	
BOMBA	BOMBA FOTO	PISANGUE	P/SORO MACRO	CROMADO 6	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0	
EXTENSORES				CROMADO 4-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0	
20CM	40CM	60CM	120CM	SIMPLES 5-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0	
LAZERINAS				NYLON 5-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0	
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20	NYLON 10-0	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0	
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 8		POLIESTER 4-0	PROLENE 0	PROLENE 2	
LUVAS				PROLENE 2-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0	
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5	VICRYL 0	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0	
SERINGAS				VICRYL 4-0	VALVEKIT		
1ML	3ML	5ML	10ML	SEDA 2-0	SPICRYL 3-0	MONOCRYL 4-0	
20ML	60ML	60ML CATETER		SURGIGEL 5X	ACO 4	ACO 6	
AVENTAL CIRUR.							
B5. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/ VIDEO					
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXAO 2VIAS	CONEXAO 4VIAS				
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GAZES	GELFOAN				
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA				
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO				

COD. 38407





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

Atendimento: 528602

Dt.Cad: 17/10/2019

Nome: SEVERINO LOPES LEITE

Dt. Nasc: 28/09/1979

Mãe: REGINA LOPES LEITE

Beiró: MATRIZ

End.: RUA ALTO JOSE LEITE

Cidade: VITORIA DE SANTO ANTAC

Enferm.: LEITO 05

Leito: 541

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

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

☒ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

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

☒ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

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

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

☒ Sim

☐ Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

☒ Sim

☐ Não se aplica

- ☒ 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?

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- ☒ Nome do procedimento realizado *Fratura 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

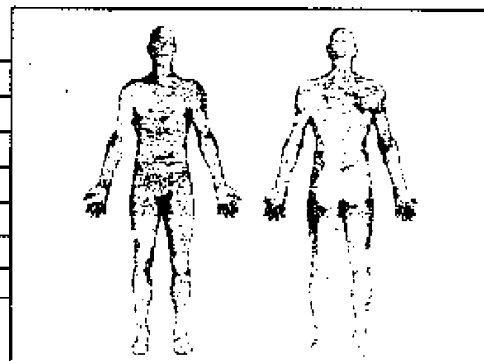
Relatório de Procedimento
CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
74.214-224



CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

Data: 05/10/19 Hora: 07:30

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome:	Silvia Costa
Data de Nascimento:	28/09/58
Registro:	12124-1
Sector:	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 SANGÜINEO:		
RESERVA DE LEITO DE UTI:	SIM ()	NÃO ()	Qual? UTI: LEITO:		

ALERGIA		USO DE SONDAS
SIM ()	QUAL:	SNE () SNG ()
NÃO ()	OBSERVAÇÃO:	SVD ()
ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO		Outra:
SIM ()	QUAL:	DRENO
NÃO ()	OBSERVAÇÃO:	
SIM ()	QUAL:	
NÃO ()	HORÁRIO DA ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO:	Qual:
		Local:

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE			
JEJUM:	SIM () NÃO ()	A partir do dia 07/10/19 às 08:00	Observação:
HIGIENIZAÇÃO:	SIM () NÃO ()	Observação:	
TRICOTOMIA:	SIM () NÃO ()	Observação:	
RETIRADO ADORNOS:	SIM () NÃO ()	RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA:	SIM () NÃO ()
CIRURGIAS ANTERIORES:	SIM ()	Quais/Datas:	07/10/19, 08/10/19, 09/10/19
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE:	SIM ()	Quais/Datas:	
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:	SIM ()	Observação:	
	NÃO ()	LATERALIDADE DEMARCADA:	SIM () NÃO ()

Enfermeiro Responsável:

(Assinatura e Carimbo)

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

COD 38404



Tipo do documento: TERMO DE CONSENTIMENTO	Número do documento: TER. 001	Data: 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 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: Silvestre de Azevedo RG: _____

Data de nasc.: ____/____/____ Grau de parentesco: _____

Cabo de Santo Agostinho, ____ de ____ de ____

Silvestre de Azevedo
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 ____

Homero Rodrigues
Assinatura / Carimbo do médico

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



Tipo de documento: TERMO DE CONSENTIMENTO	Assinatura do documento: TER: 001	Assinatura: 17/04/2019
Título: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO		Versão número: 001
Responsável pela elaboração: Bruna Nelo	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 anestesiológico 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 anestesiológico. 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 anestesiológico 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.

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: Suzanna Borges Costa RG: _____
Data de nasc.: 28/01/78 Grau de parentesco: _____

Cabo de Santo Agostinho, 18 de Abril de 20 19

Suzanna Borges Costa
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 _____

André Sansão
Assinatura do médico

Rodovia BR 101 Sul - KM 28, Cabo de Santo Agostinho - PE; CEP: 5510-000
Fone: 3183-0000



TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

NOME: Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior DATA NASC: 21/12/1978
REGISTRO: 13444 DATA: 21/12/2020 HORA: 10:27
SETOR DE ORIGEM: ICU SETOR DE DESTINO: UTI

I Situação (Enfermagem)	Nível de Consciência: <u>Consciente, Orientado, Glicemia: 70</u> PA: <u>139 x 95</u> Pulso: <u>72</u> Temp: <u>36</u> FR: <u>18</u> Oximetria: <u>98%</u> Padrão respiratório: () Ar ambiente () Suporte de O2 () Cató2 () NB2 () JDT () Traquea VM () Traquea NEB Intercorrência nas últimas 24h: _____
B Base de cenário (médico)	Breve relato do caso: _____ Antibiótico profilático: () Não () Sim Antibiótico terapêutico: () Não () Sim Qual: _____ Horário: _____ Drogas Vasotivas: () 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 () Mobilite () Outros: _____ Grau de Complexidade: () Crítico () Semi Crítico () Alta dependência () Intermédio () Mínimo
R Recomendação (Farmagem)	Exames Laboratoriais: () Coletado () Não Coletado Qual: _____ Exames de Imagem: () Realizado () Pendente Curativo: () Não () Sim Local: <u>Oral</u> Isolamento: () Não () Sim Qual: _____

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



TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

NOME: <u>Silvia Regina</u>	DATA NASC: <u>29/07/79</u>
REGISTRO: <u>32249</u>	DATA: <u>31/12/19</u> HORA: <u>07:30</u>
SETOR DE ORIGEM: <u>VIA</u>	SETOR DE DESTINO: <u>ICU</u>

S Sinalização (assinagem)	Nível de Consciência: <u>paciente orientado</u> HGT: _____
	PA: _____ Pulso: _____ Temp: _____ FR: _____ Oximetria: _____ Padrão respiratório: () Ar. Spontâneo () Suporte de O2 () CatO2 () NRBZ () TOT () Trquea VM () Trquea NRBZ Anestesia: () Não () Sim
B Breve relato do caso médico	Breve relato do caso: _____
	Antibiótico profilático: () Não () Sim Antibiótico terapêutico: () Não () Sim
	Qual: _____ Horário: _____
	Cirugia vascular: () Não () Sim Qual: _____
	Prognóstico: () Crônico () Não Crônico
A Análise farmacológica	Nutrição: () Jejum () Dieta
	Dispositivos invasivos: Cateter central () Não () Sim // SVE () Não () Sim
	A ergia: () Não () Sim Qual: _____
	Hemoderivados: () Não () Sim Qual: _____
	Medicação de uso contínuo: _____
	Riscos: () LPP () Queda () Eletro () Outros: _____
P Resumo da evolução	Gravidade da Complexidade: () Crítico () Sem Crítico () Alta dependência
	Exames laboratoriais: () Coletado () Não Coletado Qual: _____
	Exames de imagem: () Realizado () Pendente
	Curativo: () Não () Sim Local: _____
	Isolamento: () Não () Sim Qual: _____

Enviado por: Ass. Médico

Ass. Enfermeiro

Ass. Médico
 CRISTIANE M. S. E.

Recebido por: Ass. Enfermeiro

Hora: _____



Resumo de Alta Hospitalar / Orientação Final / Ficha de Esclarecimento

Nome: GERARDO LOPES DE F Registro nº 121249
Idade: 41 Sexo: M Data da Admissão: 11/11/19 Data da Alta: 11/12/19

Diagnósticos Definidos:

Infecção da TAP

Conduta / Procedimentos Realizados:

Tratamento com paracetamol
comelhada

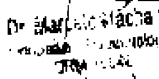
Prescrição para o Domicílio:

analgesia

Informações Complementares:

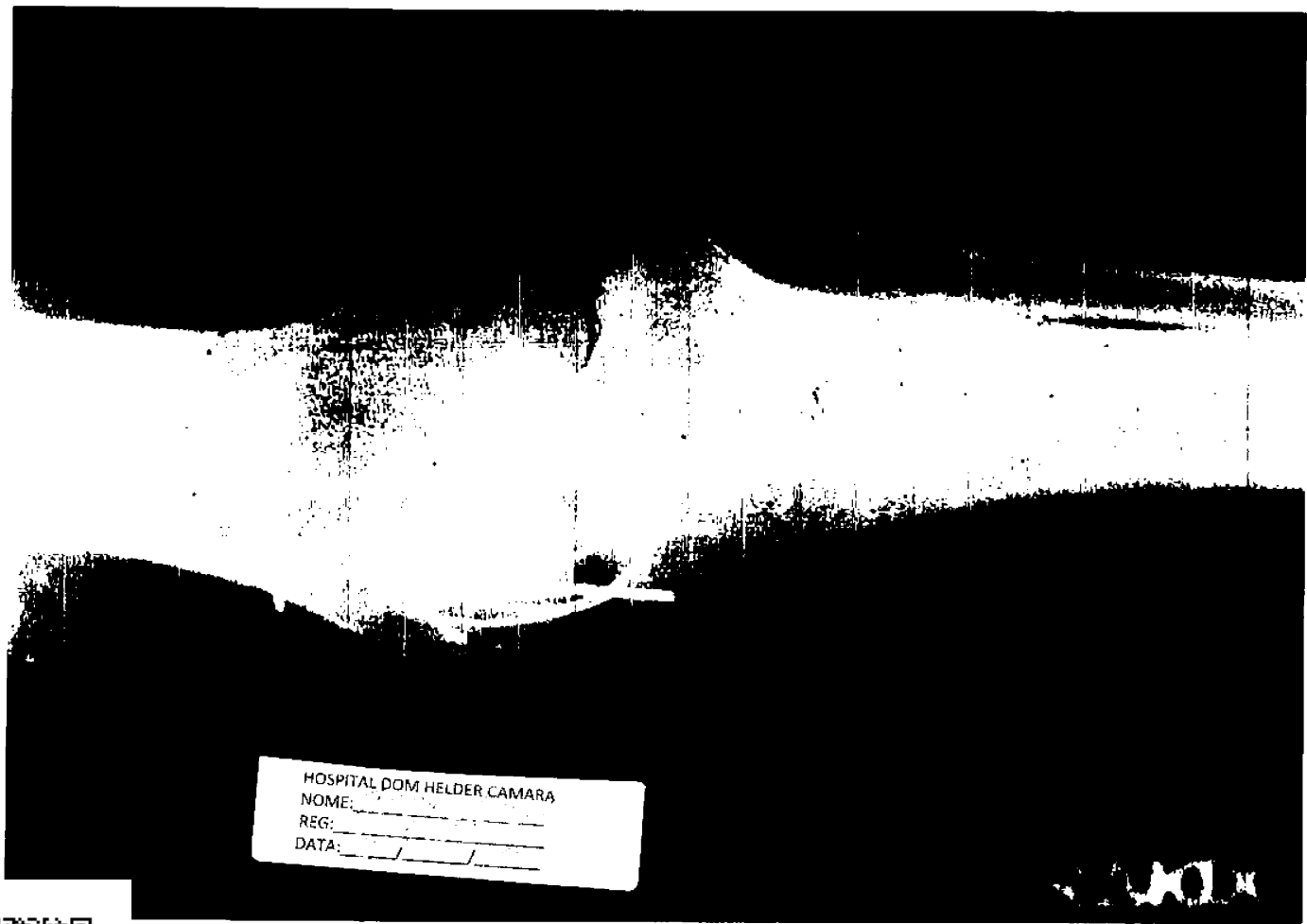
Programação após Alta Ambulatório de Egresso: SIM ☒

Data da Consulta: 15/12/2019 NÃO ☐


Dr. ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CRM: 100001

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

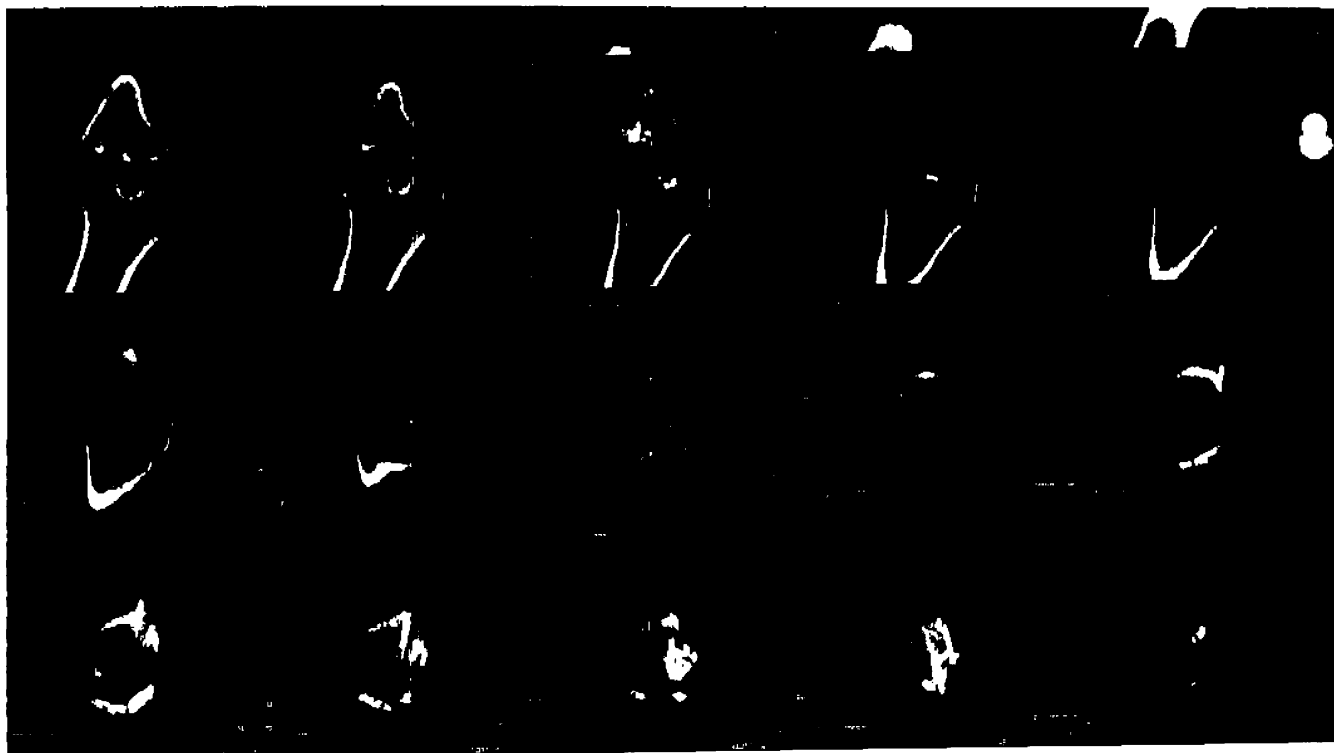


HOSPITAL DOM HELDER CAMARA
NOME: _____
REG: _____
DATA: ____/____/____



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA
NOME: 20122110272832800000071397294
REG: 419.45
DATA: 10/10/19

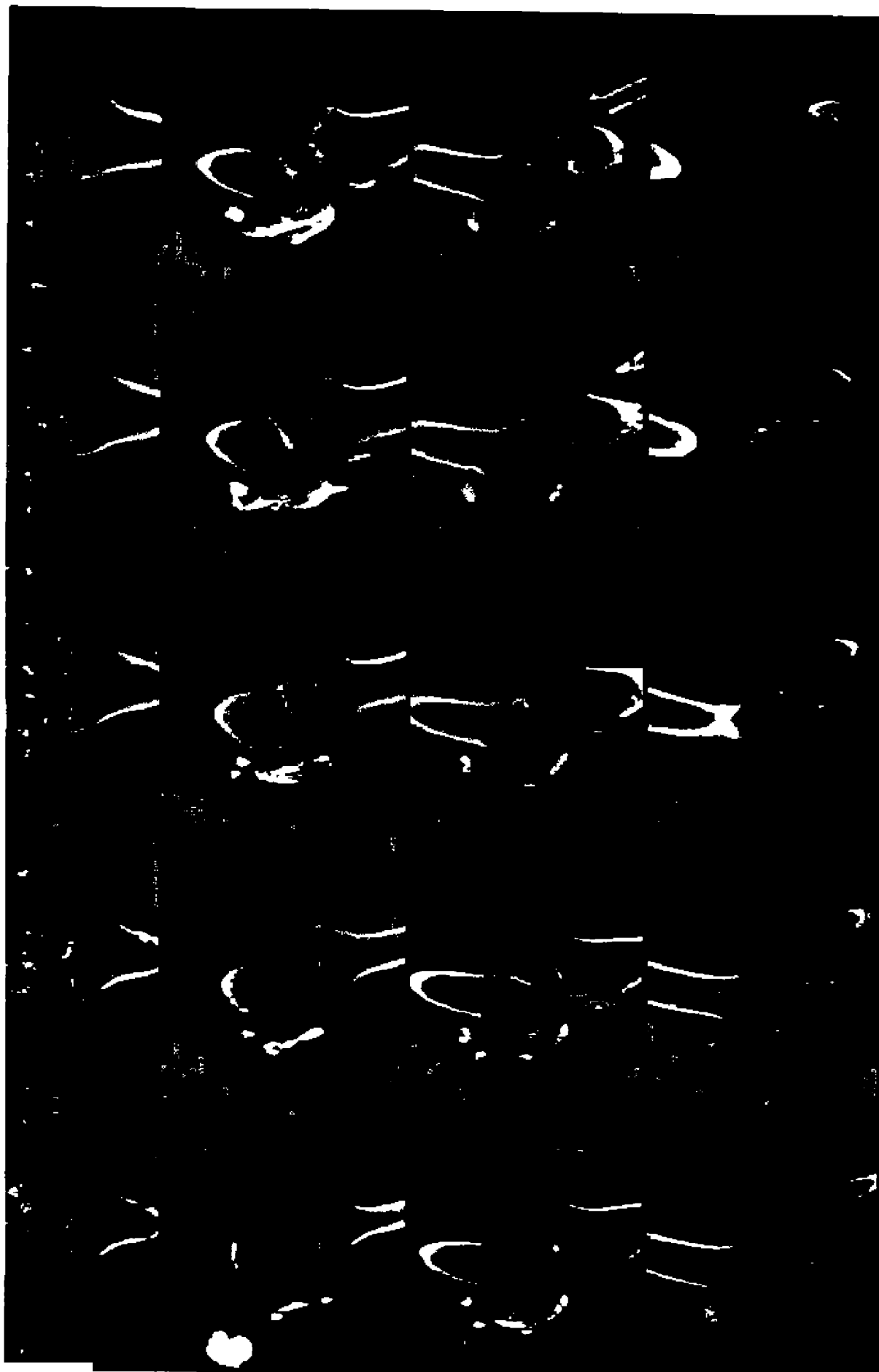


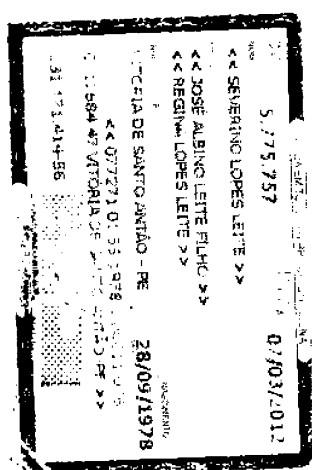
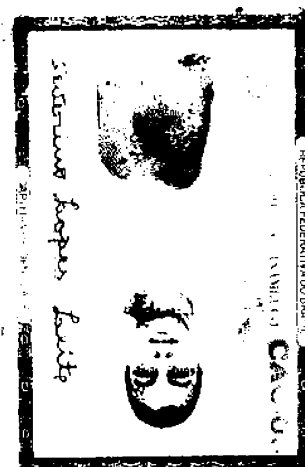


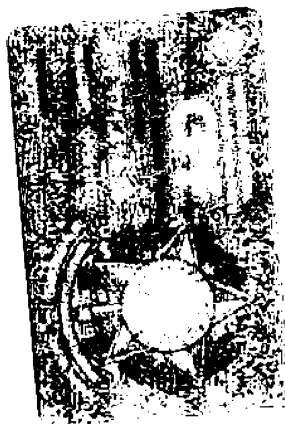
CHIVE

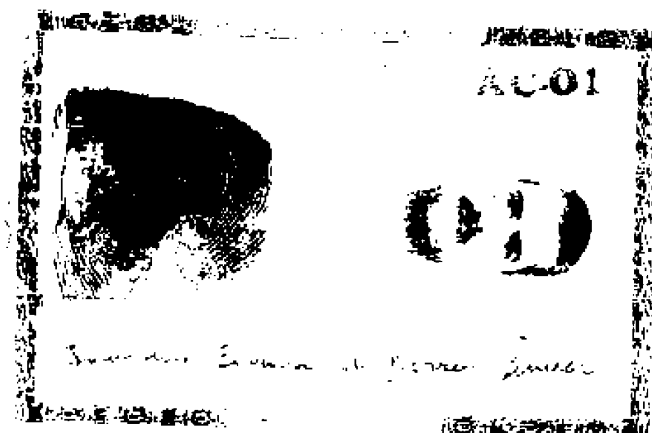
Don Helder Camara





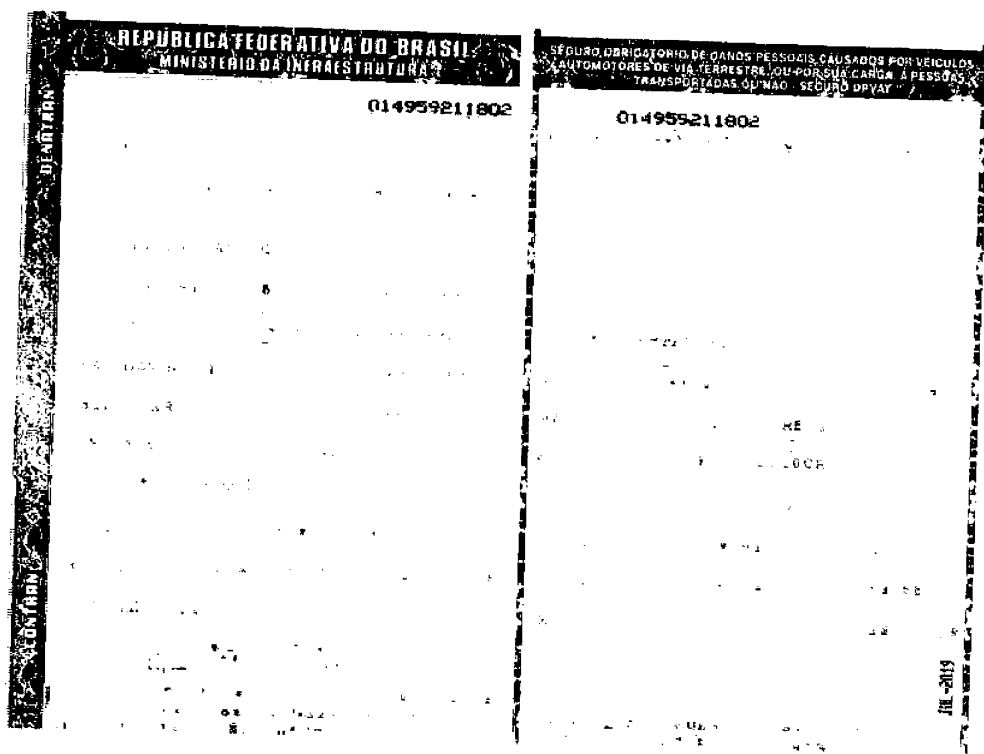






4.493.761	23/08/2011
<< IVONILDO FERREIRA DE BARROS JÚNIOR >>	
<< IVONILDO FERREIRA DE BARROS >>	
<< MYRTE MARIA WANDERLEY DE BARROS >>	
RECIFE - PE	20/03/1975
<< CN-74847 LA-81 F.186 V.CART.SEDE- VITÓRIA DE STANTÃO-PE.19.12.1985 >>	
794.699.224-68	
NATURA DELIBERATA	
4433	





-DOCUMENTOS BÁSICOS · DAMS -

[illegible]

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES DAMS —

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES DAMS

[illegible]

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 (DAM) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

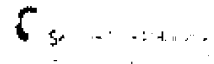
O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.

COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.

PARA ACOMPANHAR O FOLIO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODTRANSITO.COM.BR OU LIGUE 0800 561 0000, DE 9h ÀS 18h.



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



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

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

VITÓRIA - C, 11/12/19
LOCAL E DATA:

Seusânio Lopes Leite
ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Serviço Notarial e Registral José Borba
R. Melo Verposo, 130 - Centro - Vitória de Santo Antão/PE
CPF: 11.312.363/0001-83 - Tel.: (81) 3523-0074
E-mail: joseborba@pe.jus.br

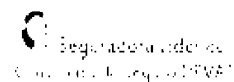
Reconheço por este documento a assinatura de SEUSÂNIO LOPES LEITE, que se encontra registrada nesta serventia. Dou fé. Vitória de Santo Antão 11 de dezembro de 2019.
Em test: JOSE ANIBAL DE SOUSA BOMBA (ESCREVENTE)
AUTORIZAÇÃO:
Emitido: R\$ 3,32 + 1,54R R\$ 1,52 Total: R\$ 4,81.
Selo 0073577 ESJ 201902.0327R
Consulte a autenticidade em www.tjpe.jus.br/seioidigita



TACIANA BOMBA DE LEMOS E SILVA - OAB/PE



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

