
Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200044171

Vítima: LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES

Data do Acidente: 24/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES

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, 31 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200044171

Vítima: LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES

Data do Acidente: 24/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES

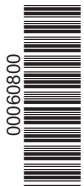
Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200044171

Vítima: LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES

Data do Acidente: 24/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000004739**

Conta: **00000004549-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 (a) nascido? ☐ 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:

39 - 2ª | Nome: CPF:

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário(s) declarante(s)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAI

POUPANÇA

6277 8012 6117 3371
LUIS FELIPY ANGELO MORAES
4739 013 00004549-8 08/21



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 026ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIO DOCE - DP26ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0116003734**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **12/12/2019** às **15:46**

Complementa o BO Número: **19E0116003728**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **24/9/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA SAO JOAO BATISTA, 275 - Bairro: JARDIM ATLANTICO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSE ACIOLE DOS SANTOS (OUTRO)
LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LUSIMARY ANGELO DE LIVEIRA DE MORAES Pai: LUIZ CARLOS ANDRADE DE MORAES Data de Nascimento: 5/4/1997 Naturalidade: OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9427539/SDS/PE (RG). 70204821479 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Profissão: AUXILIAR DE ALMOXARIFADO Endereço Residencial: RUA PEDRO ALVARES CABRAL, 327 - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM ATLANTICO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL

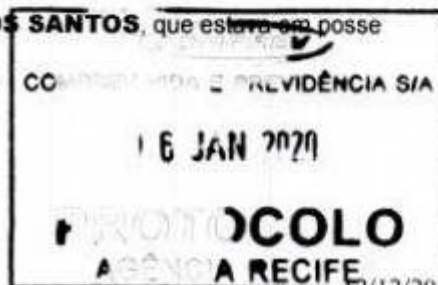
DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

JOSE ACIOLE DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOKHK8402 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE ACIOLE DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHK8402 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**



PGP1992 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVELOUTRO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGP1992 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

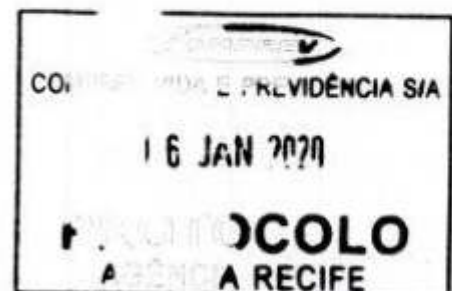
Complemento / Observação

ALEGA O QUIXO QUE VINHA SENTIDO OLINDA SUBURBIO (RIO DOCE), QUANDO NA RUA SAO JOAO BATISTA SOFREU UMA COLISAO COM O CARRO QUE VINHA SENTIDO CONTRARIO.SOFREDO FRATURA DA TIBIA, UM CORTE NA PERNA DIREITA, E ESCORIAÇÕES NAS COSTA

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

LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES
(VITIMA)

B.O. registrado por: **LUCIANO MORAES E SILVA** - Matrícula: **3849490**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 026ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIO DOCE - DP26ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0116003728

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **12/12/2019** às **12:12**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **24/9/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA SAO JOAO BATISTA, 275** - Bairro: **JARDIM ATLANTICO** - **OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

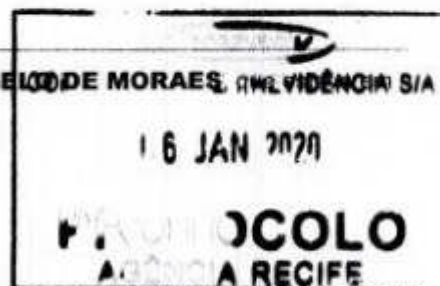
LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **LUSIMARY ANGELO DE LIVEIRA DE MORAES** Pai: **LUIZ CARLOS ANDRADE DE MORAES** Data de Nascimento: **5/4/1997** Naturalidade: **OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9427539/SDS/PE (RG), 70204821479 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Profissão: **AUXILIAR DE ALMOXARIFADO**
Endereço Residencial: **RUA PEDRO ALVARES CABRAL, 327 - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM ATLANTICO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOKHK8402 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES**, em posse do(a) Sr(a): **LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHK8402 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**



PGP1992 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVELO/OUTRO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGP1992** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

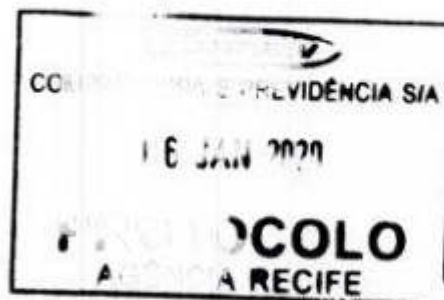
Complemento / Observação

ALEGA O QUIXO QUE VINHA SENTIDO OLINDA SUBURBIO (RIO DOCE), QUANDO NA RUA SAO JOAO BATISTA SOFREU UMA COLISAO COM O CARRO QUE VINHA SENTIDO CONTRARIO.SOFREDO FRATURA DA TIBIA, UM CORTE NA PERNA DIREITA, E ESCORIAÇÕES NAS COSTA

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

LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES
(VITIMA)

B.O. registrado por: **LUCIANO MORAES E SILVA** - Matrícula: **3849490**



~~MATO JOSE A. ALBUQUERQUE SANTOS~~
DONO
~~CON POSSE LUIS FELIPY.~~

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 (a) nascido? ☐ 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:

39 - 2ª | Nome: CPF:

CO - VÍDENCIA SIA 16 JAN 2020 Assinatura da testemunha 1 COLO A RECIFE Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 01/01/2020

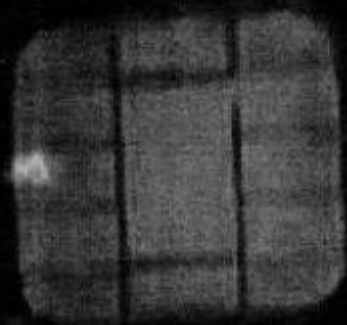
41 - Assinatura da vítima/beneficiário(declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAI

POUPANÇA



6277 8012 6117 3371
LUIS FELIPY ANGELO MORAES
4739 013 00004549-8 08/21

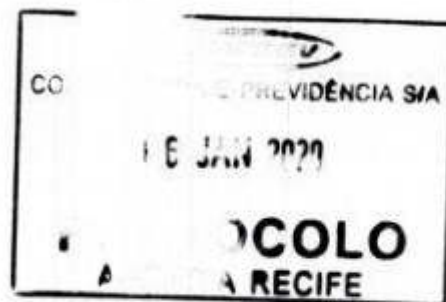


SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH001270 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(a). LUIS FELIPY ANGELO DE MORAIS , 22 anos, BRASILEIRA(a), CASADO(a), RG nº 9427539 SDS-PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 702.048.214-79, residente à AV PEDRO ALVARES CABRAL , nº 327, CS 01, JARDIM ATLANTICO , OLINDA -PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 24/09/2019, por volta das 13:24 hs, no endereço: RUA SÃO JOÃO BATISTA, 275, JARDIM ATLÂNTICO OLINDA-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo PEUGEOT/208 GRIFFE A BRANCA PGP1992-PE ; MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN KS KHK8402-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(a) LUIS FELIPY ANGELO DE MORAIS , inscrito sob o CPF nº 702.048.214-79 e Registro Geral ° 9427539, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SD 711127-4 VERÔNICA. Foi transportado(a) para o HOSPITAL MIGUEL ARRAES. Registrado(a) com o prontuário nº 496586. Ficou aos cuidados do médico DUILIO NETO, registro 27508. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.



Posição em 12/12/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site

<http://www.cbm.pe.gov.br/> , consultar protocolo nº 2019APII001270

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

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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04739

CONTA: 000000004549-8

Nr. da Autenticação 2B6905F22A6C9065

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

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



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

DADOS DO CLIENTE

LUSIMARY ANGELO DE OLIVEIRA DE MORAES

CPF: 948.526.694-49

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV PEDRO ALVARES CABRAL 327 C8- 01

JARDIM ATLANTICO/OLINDA
53140-290 OLINDA 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

30/12/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

81,29

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

21/12/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

21/12/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

089508201

CONTA CONTRATO

007033339520

Nº DO CLIENTE

2016504641

Nº DA INSTALAÇÃO

0006815577

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

87FD.5EE5.A085.4CB7.1410.9A5F.4A6D.93B5

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	94,00	0,75727874	71,18
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,17
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,73
Contrib. Ilum. Pública Municipal			6,83
ICMS Subvenção-CDE-NF 081141555-16/10/19			0,38
TOTAL DA FATURA			81,29

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
74,08	25,00	18,52	74,08	0,44	0,32	74,08	2,02	1,49

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	De Receb	Valor
27/11/19	21/12/19	159,13
20/09/19	16/10/19	18,51

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/ANEEL. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 6,54933000

HISTÓRICO DO CONSUMO

	kWh
DEZ 19	94
NOV 19	174
OUT 19	59
SET 19	30
AGO 19	30
JUL 19	
JUN 19	
MAI 19	
ABR 19	
MAR 19	
FEV 19	
JAN 19	
DEZ 18	

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	25,02	33,77
Transmissão	2,78	3,73
Distribuição (Celpe)	16,76	22,62
Encargos Setoriais	3,93	5,31
Tributos	28,33	27,44
Perdas de Energia	5,28	7,13
TOTAL	74,08	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000003183057170	CAT	20/11/2019 234,00	21/12/2019 328,00	31	1,00000	0,00	94,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 20/01/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
out/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	PARATIBE I	1,56	4,95	9,91	19,82
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	3,17	6,35	12,70
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		1,56	2,77	0,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 38,04					
Todo Consumidor pode solicitar a supressão dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento,
podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007033339520	12/2019	81,29	30/12/2019	

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

PROTOCOLADO
20/01/2020
15:00



Pedro Marques
Ortopedia e Traumatologia



CRM 8594

União Viçosa
Atendo que o paciente MIZ FELIPE AUGUSTO
DE MORAIS, natural de aldeia de Transição
em 24/09/2019 com BO e N° 19ED11003734 -
Sofreu FRATURA DISTAL DA ULNHA DIREITA,
foi tratado com fixação de FIBRA DE CARBONO
em 24/09/2019. O mesmo evolui com
sequelas que limitam sua capacidade
funcional. O mesmo evolui com dor
na art.

- Deformidade artroscópica a
pelo nível
de articulação do punho
limitar o passo. base do
osso ulna

At 10 502

Dr. Pedro Marques
Ortopedia
CRM PE 8594
CPF 172.876.334-04
Não autorizado a ser usado sem a assinatura

24/01/2020


Rua Castelo Branco, 470 - Abreu e Lima/PE
Tel.: (81) 3542.3278 / 98897.4003

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) senhor (a) **LUIZ FELIPY ANGELO DE MORAES** foi atendido (a) neste serviço no dia 25/09/2019 . Necessitando de **60(sessenta)** dias de afastamento de suas atividades (no trabalho ou escola).

CID.10: S 82.2

Paulista, 8 de outubro de 2019



Médico



ATESTADO MÉDICO

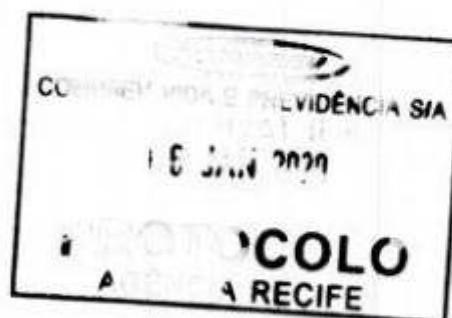
Atesto para os devidos fins que o (a) senhor (a) **LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES** foi atendido (a) neste serviço no dia 16/10/2019 . Necessitando de **30(TRINTA)** dias de afastamento de suas atividades (no trabalho ou escola).

CID.10: L02.4; T84.7

Paulista, 30 de outubro de 2019

Dr. Luiz Reginaldo de Moraes

Médico



**HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES
CENTRO DIAGNÓSTICO - ULTRASSONOGRAFIA**

Emissão de Laudo

Pedido de Exames.....: 365898 Cod. Atendimento.: 499682

Paciente.....: 129722 LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES

Médico Solicitante.....: 734 PLANTONISTA ORTOPEDIA

Data da Solicitação.....: 16/10/2019 Hora.....: 14:35:16

Convênio.....: SUS - EXTERNO / Origem da Solicitação.....: URGENCIA

Unidade Internação.....: VERDE 2 ORTOPEDIA Enfermaria.....: VERD2-32

Data.....: 16/10/2019

Hora.....: 15:42:10

SAME.....: 116376

Idade.....: 22a 6m 12d

Sexo.....: M

Dt. Realiz.....: 16/10/2019

URGENCIA/EMERGENCIA

Leito...: VERD2-32

ULTRASSONOGRAFIA DE PERNA DIREITA

Exame realizado em caráter de urgência.

INDICAÇÃO:

Abscesso.

ACHADOS:

Observamos volumosa coleção de conteúdo heterogêneo, com aspecto espesso, volume estimado em 76mL, a qual atinge planos musculares profundos e plano ósseo. Esta coleção apresenta íntimo contato com descontinuidade óssea da tíbia, em terço médio de perna direita, na face medial.

Nessa região também existe importante espessamento difuso da pele inferindo processo inflamatório/infeccioso.

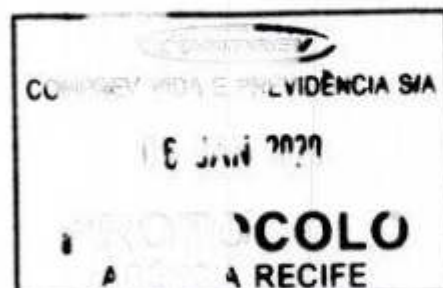


Dra. Alice Abath

CRM-PE 19.764

MR1 Filipe Villa Verde

CRM-PE 18.499



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES

IDADE: 22

SEXO: MASCULINO

DATA DA ADMISSÃO: 16/10/19

REG: 129722

DATA DA ALTA: 30/10/19

DIAGNÓSTICO:

- INFECÇÃO PÓS-OSTEOSSÍNTESE EM TÍBIA DIREITA
- ABSCESSO EM PERNA DIREITA

TRATAMENTO REALIZADO:

- 18/10/19 – DRENAGEM CIRÚRGICA + LIMPEZA E DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO + COLETA DE MATERIAL PARA CULTURA
- 24/10/19 – LIMPEZA E DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO + COLETA DE MATERIAL PARA CULTURA

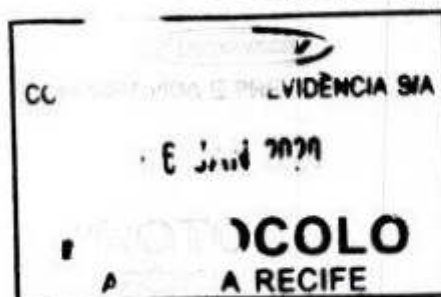
ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 01 SEMANA;
- REALIZAR TROCA DE CURATIVO DIÁRIO CONFORME ORIENTADO PELA ENFERMAGEM;
- FAZER USO DE SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIM POR 28 DIAS;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (x) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____



Dr. Luiz Rogério Macêdo Gomes
Médico
CRM-PE 27685-8/2018-04 33039

+ Dr. Adauto Telino

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES

IDADE: 55 **SEXO:** M

DATA DA ADMISSÃO: 25/09/19

REG: 129722

DATA DA ALTA: 8/10/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA

TRATAMENTO REALIZADO:

- 27/09/19: REDUÇÃO FECHADA + APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO LINEAR
- 07/10/19: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + REDUÇÃO FECHADA E FIXAÇÃO INTERNA COM HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE TÍBIA

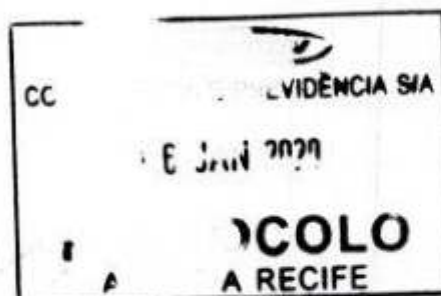
ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRA) EM **02 SEMANAS**;
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS;
- DOBRAR O JOELHO E MEXER O TORNOZELO DO MEMBRO OPERADO;
- DEAMBULAR COM USO DE 02 MULETAS COM CARGA PARCIAL CONFORME TOLERÂNCIA ÁLGICA;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO **SIM (x)** **NÃO ()**

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____





ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM



RECEITUÁRIO

Laudo Médico

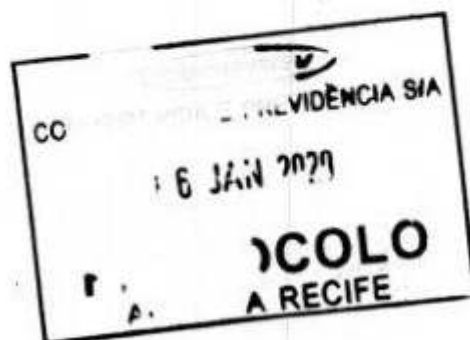
Paciente operado em
08/10/19 ortomaxilar fibrose
e com hastes intramedulares
por fratura aguda fíbula II,
evoluiu com infecção pós-
operatória, em tratamento,
segue em reabilitação de
infecção, onde sem consolidação.

CNP: 582.2

07/11/19

Andrian Brito Ferreira
Ortopedia - Traumatologia
CRM 14312
Rua 14 de Abril, 14312

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES			6 - Nº Prontuário	129722
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
00000000000000000000	05/04/1997	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
1 - Nome da Mãe	LUSIMARY ANGELO DE OLIVEIRA DE MORAES			12 - Telefone de Contato	8198572355
3 - Nome Responsável	LUSIMARY			14 - Telefone de Contato	
5 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA PEDRO ALVARES CABRAL, 327 - JARDIM ATLANTICO				
6 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
OLINDA	260960	PE	53050180		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

11 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR CARRO HA 6H, CURSANDO COM DOR + DEFORMIDADE + ESCORIAÇÕES EM PERNA DIREITA. NEGA TCE. NEGA
12 - PRINCIPAIS DOENÇAS OU ALERGIAS.

11 - Condições que justificam a Internação
TRATAMENTO CIRÚRGICO

12 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
HISTÓRIA + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIA

13 - Diagnóstico Inicial / Código

FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA

24 - CID 10 Principal
S822

25 - CID 10 Secundário
V239

26 - CID 10 Causas Associadas

17 - Descrição do Procedimento Solicitado

PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA

28 - Código do Procedimento
0408050500

30 - Caracter de Atendimento
2

31 - Documento
(X) CNS () CPF

32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
980016296381749

34 - Data da Solicitação
24/09/2019

35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes 20671

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito
37 - () Acid. Trabalho Típico
38 - () Acid. Trabalho Trajeto

39 - CNPJ Seguradora
40 - Nº Bônus
41 - Série

42 - CNPJ / Empresa
43 - CNAE / Empresa
44 - CBOR

45 - Vínculo com a Previdência
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Apor

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Cód. Órgão Emissor
E260000001

48 - Documento
() CNS () CPF

49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador

50 - Data da Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

AIH
261910221161-6

AIH
261910221162-7



FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP.: 53.400 - 000

Cód. Atendimento: 496780

Usuário: ANDERSONSC

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES**
Idade: 22a 5m 23d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Prontuário: 129722
Profissão: Escolaridade: Data de Nascimento: 05/04/1997
R.G.: 9427539 C.P.F.: 70204821479 Telefone: CEP 53050180
Endereço: RUA PEDRO ALVARES CABRAL, 327 - JARDIM ATLANTICO - OLINDA - PE
Dados da Internação
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 25/09/2019 15:25
Convênio: SUS - INTERNAÇÃO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-23
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.:
Endereço: Número: Estado civil:
Telefone: Cidade: Estado: Assinatura: *[assinatura]*

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

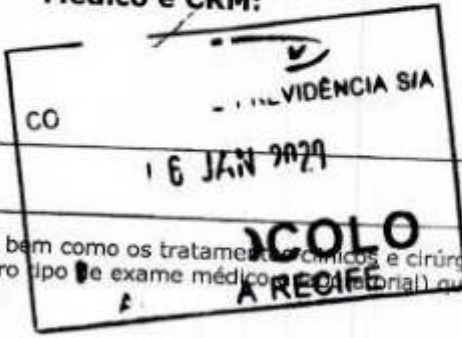
Data da Alta: 26 / 10 / 19 Hora da Alta: :
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão
Condições de Alta: boas
Diagnóstico Principal.....: Fr. da base da pirâmide da p. sup. D.
Diagnóstico Secundário01.:
Diagnóstico Secundário02.:
Procedimento.....: 2/2019 - Fratura da base da pirâmide da p. sup. D. - tratamento cirúrgico
10/10/19 - Ref. fratura da base da pirâmide da p. sup. D. - tratamento cirúrgico

Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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



Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 24/09/2019 14:56

Nome Paciente: LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 05/04/1997
Sexo: Masculino
Idade: 22 anos
Senha: 0025
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 24/09/2019 15:15 - 24/09/2019 15:20

CLAUDIA PATRICIA DA SILVA FREIRE - COREN: 360963 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGENCIA AMARELO**

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS COM HISTÓRIA DE COLISÃO ENTRE CARRO E MOTO, APRESENTANDO ESCORIAÇÕES EM ABDOMEM, FRATURA FECHADA EM MID.

Observação: NEGA HAS E DM
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 10
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 54.00 BPM
- GLICOSE: 103.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %
- TEMPERATURA(C): 36.80 °C

MA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sinais

COPIA: Claudia Patricia da Silva Freire
COREN: 360963

Enfermeiro



Acolhido(a) por: CLAUDIA PATRICIA DA SILVA FREIRE - COREN: 360963 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 24/09/2019 15:20



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 496586

Senha da Classificação:

0025

Data e Hora: 24/09/2019 15:25

Paciente: 129722 LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 05/04/1997 Idade: 22 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: LUSIMARY ANGELO DE OLIVEIRA DE MC Nome do Pai: LUIS CARLOS ANDRE DE MORAES

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA PEDRO ALVARES CABR/ -

327

Bairro: JARDIM ATLANTICO

Cidade/UF: OLINDA

PE

Usuário Atendimento: MONICABSL

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: 15:10

Queixa Principal

Presença de náuseas, vômitos, dor abdominal no abdômen superior direito, febre de 38,5°C, diarreia - referida em 14.10.2019.

Exame Físico

S: Hipotermia, pele, coloração normal, mucosas, olhos, ouvidos, nariz, garganta, coração, pulmões, abdômen, membros superiores e inferiores.

D: 46:15 pp. pilas vibrantes e joelhos.

Hipótese Diagnóstico

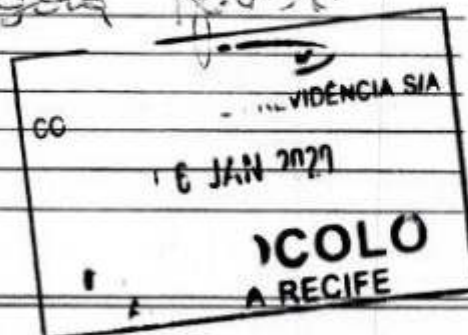
1. Rotavírus

Prescrição Médica

1. 100 mg de paracetamol + 100 mg de amoxiclavina (VPM)
2. 100 mg de paracetamol
3. 100 mg de paracetamol
4. 100 mg de paracetamol
5. 100 mg de paracetamol

Dr. Neto
MIGUEL ARRAES
ORTOPEDIA

Assinatura e Carimbo Médico



Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio () Residência

() Transferido: Para _____

() Encaminhado ao setor de internação

Senha: _____



Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes
Médico
CRM-SP 27685 CRM-SA 33039

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 59795
Paciente : 129722
Convênio Atend. : 1
Leito : 699
Dt. Início : 27/09/2019 23:00
Dt. Fim : 27/09/2019 23:30
Id Pré-Operatório : S822
Id Pós-Operatório :

Sala : 0002 SALA 02
LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES
SUS - INTERNACAO
VERD2-23
FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Atendimento : 496780
Carteira :
Idade : 22 Anos

Procedimentos

Procedimento: 0408050500
Convênio: 001
Anestesia:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO

Equipe Médica

URGIAO
ANESTESISTA

16863 FAGNER FONSECA DE ATHAYDE
22513 PEDRO FILIPE DA LUZ SIQUEIRA DE O MELLO

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA DIAFISARIA DE OSSOS DA PERNA DIREITA
INTERVENÇÃO: APLICAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO LINEAR
OPERADOR: DR FAGNER ATHAYDE
1º AUXILIAR: GUILHERME BORBA
ANESTESISTA: DR PEDRO
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

RELATO DE INTERVENÇÃO

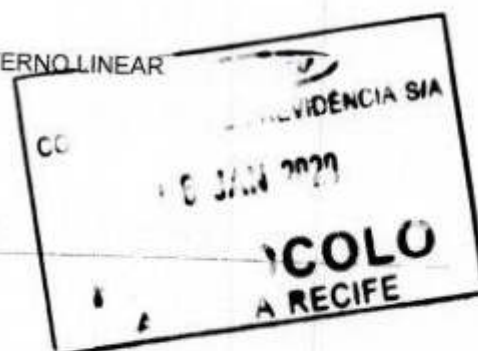
1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA DE MID
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DE TIBIA E APLICAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO LINEAR
5. DEBRIDAMENTO DE FLICLENAS
6. CURATIVO ESTÉRIL
7. BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Guilherme Borba Anselmo
Médico
CRM-PE 27.749

DR(A) : FAGNER FONSECA DE ATHAYDE
CRM : 16863



HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.....: 07/10/2019

Hora.....: 11:27

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 59995

Paciente : 129722

Convênio Atend. : 1

Leito : 195

Dt. Início : 07/10/2019 10:20

Id Pré-Operatório : S822

Id Pós-Operatório : S822

Sala : 0003 SALA 03

LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES

SUS - INTERNACAO

ORTO-501-LEITO 003

Dt. Fim : 07/10/2019 11:43

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Atendimento : 496780

Carteira :

Idade : 22 Anos

Procedimentos

Procedimento: 0408050500

Convênio: 001

Anestesia:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO

Equipe Médica

CIRURGIAO

13344 ALEXANDRE SANTOS DE ANDRADE

Descrição**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA

INTERVENÇÃO: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + RFFI COM HASTE INTRAMEDULAR

OPERADOR: DR. ALEXANDRE ANDRADE

1º AUXILIAR: PEDRO CUNHA (MR3)

2º AUXILIAR: SAMUEL MOURA (MR2)

INSTRUMENTADOR: ADAILMA

ANESTESISTA: DRA. SIMONE

ANESTESIA: RAQUI

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL
2. ASSEPSIA+ANTISSEPISIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTEREIS
4. REALIZADO ACESSO INFRAPATELAR
5. DISSECÇÃO POR PLANOS, INCISÃO NO TENDÃO
PASSAGEM DE FIO GUIA
6. FRESAGEM INICIAL DE MÃO
PASSAGEM DE HASTE INTRAMEDULAR 9X39
7. REALIZADO BLOQUEIO COM 4 PARAFUSOS DE BLOQUEIO, 02 PROXIMAIS E 02 DISTAIS
10. LIMPEZA COM SF 0,9%
SUTURA POR PLANOS
CURATIVO
13. À SR

**Achados Cirúrgicos:****Descrição Complementar**DR(A) : ALEXANDRE SANTOS DE ANDRADE
CRM : 13344

Atendimento: 496780

Dt Atendimento: 25/09/2019 - 15:25

Dt Alta: 08/10/2019 - 13:22

Paciente: 129722 LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 195 ORTO-501-LEITO 003

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

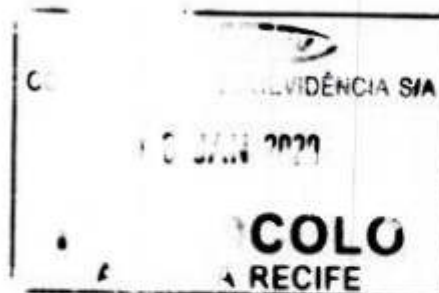
Usuário: FLAVIACAW

CID:

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

FLAVIA CAROLINA DE ARAUJO WANDERLEY



Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais
HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES			6 - Nº Prontuário	129722
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - RacaCor	10.1 - Etnia	
702603734417541	05/04/1997	Masculino <input checked="" type="checkbox"/> 1 Feminino <input type="checkbox"/> 3	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	LUSIMARY ANGELO DE OLIVEIRA DE MORAES			12 - Telefone de Contato	8198572355
13 - Nome Responsável	MARGARIDA			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA PEDRO ALVARES CABRAL, 327 - JARDIM ATLANTICO				
16 - Município	OLINDA			17 - IBGE	260960
			18 - UF	PE	19 - CEP
			53050180		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
PACIENTE COM RELATO DE CIRURGIA EM PERNA DIREITA POR FRATURA DE OSSOS DA PERNA NO DIA 08/10 OPERADO NESTE SERVIÇO REALIZADO HÍM DE
RAFI COM PALCA E PARAFUSO EM FIBULA, EVOLUI COM ABSCESSO EM TERÇO MEDIA DA PERNA DIREITA
CENTE ORIENTADO EUPNEICO ESTAVEL
ABSCESSO EM PERNA DIREITA
NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES

21 - Condições que justificam a internação
CITADAS ACIMA

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
ANAMNESE + EXAME FÍSICO

23 - Diagnóstico Inicial / Código

ABSCESO EM PERNA D

24 - CID 10 Principal

L024

T84.6

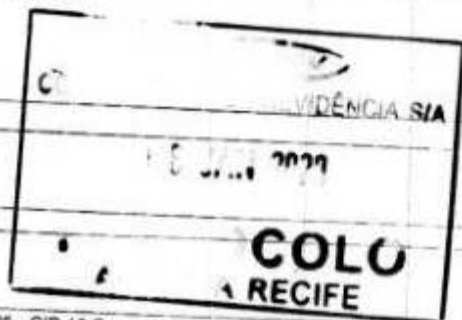
25 - CID 10 Secundário

W199

X83.8

26 - CID 10 Causas Associadas

G308.04.00.5



PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA

28 - Código do Procedimento

0415020069

29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	980016278437533
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação		
SORMANE DE CARVALHO BRITTO	16/10/2019		
		35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	16339

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bônus	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajetado			
45 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº de Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	
	Assinatura: [Assinatura]	

AIH
261910222363-9

Código do Laudo: 499682

FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **499923**

Usuário: ANACOS

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES**
Idade: 22a 6m 13d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO
Profissão: C.P.F.: 70204821479 Escolaridade: Telefone: CEP 53050180
R.G.: 9427539 Data de Nascimento: 05/04/1997 - OLINDA - PE
Endereço: RUA PEDRO ALVARES CABRAL, 327 - JARDIM ATLANTICO
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA
Convênio: SUS - INTERNACAO
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-41
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.: 11 11 11
Endereço: Número: Estado civil: *Espos.*
Telefone: Cidade:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 10/10/19 Hora da Alta: 12:00
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: *com medicação prescrita*

Diagnóstico Principal.....: *Fratura do osso da perna direita*

Diagnóstico Secundário01.: _____

Diagnóstico Secundário02.: _____

Admissão.....: *10/10/19*

Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e laboratoriais necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

de de

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

COVIDÊNCIA S/A
10 JAN 2020
COLO
RECIFE

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 16/10/2019 11:17



Nome Paciente: LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 05/04/1997
Sexo: Masculino
Idade: 22 anos
Senha: 0009
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 16/10/2019 11:29 - 16/10/2019 11:34

FERNANDA MARIA ROCHA BOTELHO - COREN: 498644 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

URGENCIA AMARELO

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE VEM POR DEMANDA ESPONTANEA EM 8º DPO COM QUEIXA DE DOR EM MID.
RELATO DE SAÍDA DE SECREÇÃO E FEBRE (T: 38º). PASSADO DE FX DE TIBIA DIREITA

Observação:

Fluxograma sintoma:

Discriminador(es):

Especialidade:

NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA
FERIDAS E ABSCESSOS

- FERIDA INFECTADA COM SINAIS SISTÊMICOS
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 77.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 18.00 RPM
- GLICOSE: 89.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 110.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 70.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %

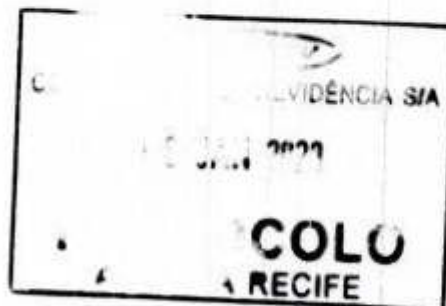
REVISÃO
REPI-HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não (✓)

Local:
FERNANDA BOTELHO
Enfermeira
COREN-PE 498644



Acolhido(a) por: FERNANDA MARIA ROCHA BOTELHO - COREN: 498644 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 16/10/2019 11:34

Atendimento: 499682

Data e Hora: 16/10/2019 11:37

Senha da Classificação:

0009

Paciente: 129722 LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 05/04/1997

Idade: 22 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: LUSIMARY ANGELO DE OLIVEIRA DE MC

Nome do Pai: LUIS CARLOS ANDRE DE MORAES

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA PEDRO ALVARES CABR/ --

327

Bairro: JARDIM ATLANTICO

Cidade/UF: OLINDA

PE

Usuário Atendimento: MONICABSL

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

Exame Fisico

Hipotese Diagnostico

Prescrição Médica

Assinatura e Carimbo/Médico

COLO
RECIFE

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio () Residência

() Transferido: Para

() Encaminhado ao setor de internação

Senha: _____

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Felipe Augusto de Moraes REG: 157

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
7/6/03	4.57 =
15	NO INFECÇÃO DO APPENDICITE TÍPICA + abscesso (SHOCK)
	6 = 18/03 = 24/03/03 + 16 = 24 - 12 = 12
	lesões em anexos
	470. 4/1/03 com abscessos
	M=0: em 24/03/03 14/03/03
	em 10/03 14/03/03
	SHOCK
	7/6/03 =
	Continuando...
	CC
	EVIDÊNCIA S/A
	10/03/03
	COLO
	RECIFE
11/03	4.57 =
12/03	12/03/03 10/03/03
	Prontidão clínica para alta hospitalar
	Planilha de acompanhamento
	522. 10/03/03 14/03/03
	30/03/03
	Reparado em...

Dr. Ian Lacenda
CRM-PE 8634
Especialista em Cirurgia
28.590

Ficha de Cirurgia Descritiva

Sala : 0003 SALA 03

LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES

SUS - INTERNACAO

VERD2-41

Dt. Fim : 18/10/2019 12:35

Atendimento : 499923

Carteira :

Idade : 22 Anos

ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO E ANTRAZ DO(S) MEMBRO(S)

Aviso de Cirurgia : 60299

Paciente : 129722

Convênio Atend. : 1

Leito : 740

Dt. Início : 18/10/2019 12:10

Cid Pré-Operatório : L024

Cid Pós-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0415040035

Convênio: 001

Anestesia:

DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO

Equipe Médica

URGIAO
ESTESISTA

18882 JOAO PAULO NOBRE MAGALHAES
16619 LUAR DE OLIVEIRA SILVA

Descrição

Descrição Cirúrgica :

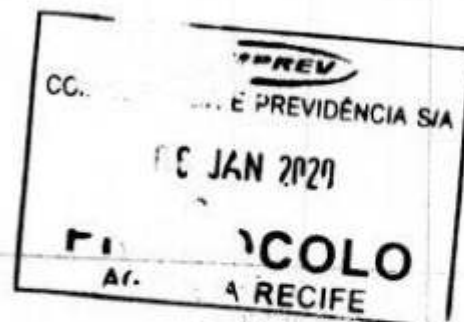
DIAGNÓSTICO: INFEÇÃO POS OSTEOSINTESE EM TIBIA DIREITA + ABSCESSO EM REGIAO MEDIAL DA PERNA
INTERVENÇÃO: DRENAGEM CIRÚRGICA + LC + DC + COLETA DE MATERIAL PARA CULTURA
OPERADOR: DR JOAO PAULO
1º AUXILIAR: DR SAMUEL MOURA
2º AUXILIAR: DR ICARO MOLIM
INSTRUMENTADOR: SALOME
ANESTESISTA: DRA LUAR
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL
2. ASSEPSIA+ANTISSEPSIA MID
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTEREIS
4. OBSERVADO TUMORAÇÃO EM REGIAO MEDIAL DA PERNA DIREITO. FEITO INCISÃO LONGITUDINAL DE CERCA DE 10 CM NA ÁREA DE FLUTUAÇÃO DO ABSCESSO. OBSERVADO SAIDA DE GRANDE QUANTIDADE DE SECREÇÃO PURULENTE DE PLANOS PROFUNDO TENDO CONTINUIDADE COM FOCO DE FRATURA.
5. LIMPEZA EXAUSTIVA COM 10000 ML SF 0,9%
6. DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
7. COLETADO MATERIAL PARA CULTURA
8. APLICADO DRENO ASPIRATIVO
9. SUTURA COM NYLON 2-0
10. CURATIVO EM MID
11. BOA PERFUSAO DISTAL EM MID

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar



DR(A) : JOAO PAULO NOBRE MAGALHAES
CRM : 18882

Ficha de Cirurgia Descritiva

Sala : 0003 SALA 03

LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES

SUS - INTERNACAO

ORTL-514-LEITO 004

Dt. Fim : 24/10/2019 12:25

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

OSTEOMIELITE NAO ESPECIFICADA

Atendimento : 499923

Carteira :

Idade : 22 Anos

Aviso de Cirurgia : 60418

Paciente : 129722

Convênio Atend. : 1

Leito : 84

Dt. Início : 24/10/2019 11:50

Cid Pré-Operatório : S822

Cid Pós-Operatório : M869

Procedimentos

Procedimento: 0415040035

DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 05

RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

JRGIAO
ANESTESISTA

14313 CRYSTIAN PEDROSA FERREIRA

10487 SYLVIA MARIA VILELA LEITE

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FERIMENTO INFECTADO EM PERNA DIREITA PÓS-OSTEOSSÍNTESE COM HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE TÍBIA
CIRURGIA: LIMPEZA E DEBRIDAMENTO CIRURGICOS + COLETA DE MATERIAL PARA CULTURA
1º AUXÍLIO: DR ICARO MÔLIM
2º AUXÍLIO: DR MANOEL OLIVEIRA
ANESTESISTA: DRA SYLVIA VILELA
ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DDH SOB RAQUI ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DE MID;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS;
4. ABORDAGEM DO FERIMENTO EM FACE ANTERIOR DA PERNA DIREITA COM RETIRADA DE SUTURA PRÉVIA E VISUALIZADA QUANTIDADE DE SECREÇÃO SEROSA + LIMPEZA MECANO-CIRURGICA COM SF 0,9% + DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS, FICANDO EXPOSTA ÁREA DE TECIDO DE GRANULAÇÃO PRÓXIMO A TÍBIA + COLETA DE MATERIAL PARA CULTURAS (OSSO E PARTES MOLES);
5. ABORDAGEM DE FERIDA OPERATÓRIA DE PINO DE SCHANZ QUE APRESENTAVA SAÍDA DE SECREÇÃO PURULENTE COM RETIRADA DE SUTURA PRÉVIA + CURETAGEM DO TRAJETO DO PINO + LIMPEZA MECANO-CIRURGICA COM SF 0,9% + DEBRIDAMENTO DAS BORDAS DA FERIDA;
6. LIMPEZA DO MEMBRO COM SF 0,9%;
7. SUTURA DA PELE COM NYLON 2-0;
8. CURATIVO ESTÉRIL COM ADAPTIC EM ÁREA EXPOSTA;

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. ICARO MÔLIM de S. Pereira
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 28860

IPREV	
CG.	.. E PREVIDÊNCIA S/A
15 JAN 2020	
COLO	
RECIFE	

DR(A) : CRYSTIAN PEDROSA FERREIRA
CRM : 14313

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES

IDADE: 22

SEXO: MASCULINO

DATA DA ADMISSÃO: 16/10/19

REG: 129722

DATA DA ALTA: 30/10/19

DIAGNÓSTICO:

- INFECÇÃO PÓS-OSTEOSSÍNTESE EM TÍBIA DIREITA
- ABSCESSO EM PERNA DIREITA

TRATAMENTO REALIZADO:

- 18/10/19 – DRENAGEM CIRÚRGICA + LIMPEZA E DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO + COLETA DE MATERIAL PARA CULTURA
- 24/10/19 – LIMPEZA E DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO + COLETA DE MATERIAL PARA CULTURA

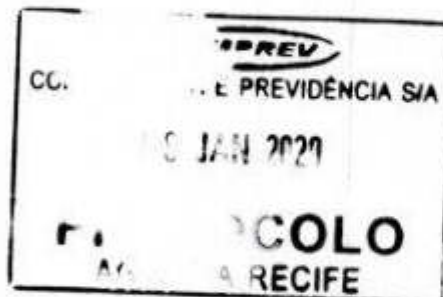
ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM **01 SEMANA**;
- REALIZAR TROCA DE CURATIVO DIÁRIO CONFORME ORIENTADO PELA ENFERMAGEM;
- FAZER USO DE SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIM POR 28 DIAS;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (x) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____



ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Atendimento: 499923

Dt Atendimento: 17/10/2019 - 11:37

Dt Alta: 30/10/2019 - 16:32

Paciente: 129722 LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES

Serviço: 37 ORTOP23EDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 84 ORTL-514-LEITO 004

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

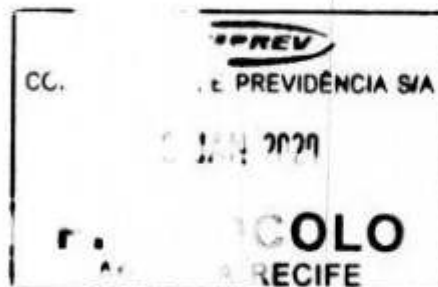
Usuário: EVAIROD

CID:

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

EVAIR OLIVEIRA DIAS



Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

RG 2041 42810

Luís Felipey Angelo De Moraes
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 9.427.539 DATA DE EXPEDIÇÃO 22/03/2012

Nome << LUÍS FELIPY ANGELO DE MORAES >>

Filiação << LUIZ CARLOS ANDRE DE MORAES >>
<< LUSIMARY ANGELO DE OLIVEIRA DE MORAES >>

Naturalidade OLINDA - PE DATA DE NASCIMENTO 05/04/1997

DOC ORDEM << CN 00098350-L 94A-F 0162A-CART.DE OLINDA/PE.04.05.1999 >>

CIT 702.048.214-79

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

F-48.39.845 - 4621

CC - PREVIDÊNCIA SIA

1 E JUN 2012

PROTOCOLO

A RECIFE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200044171 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES **Data do acidente:** 24/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(DEBRIDAMENTO/FIXADOR EXTERNO /HASTE INTRAMEDULAR P.14,15) ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200044171 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES **Data do acidente:** 24/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(DEBRIDAMENTO/FIXADOR EXTERNO /HASTE INTRAMEDULAR P.14,15) ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0037042/20

Vítima: LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES

CPF: 702.048.214-79

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/09/2019

Titular do CPF: LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES : 702.048.214-79

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: 27/01/2020
Nome: LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES
CPF: 702.048.214-79

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/01/2020
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA