



25/06/2019

Número: **0023550-26.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 34ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.162,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MELQUISEDEQUE RODRIGUES DA SILVA (AUTOR)	JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47058 409	25/06/2019 10:13	2601898_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_01.PDF	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 34ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00235502620198172001

TOKIO MARINE SEGURADORA S.A., previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MELQUISEDEQUE RODRIGUES DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 17 de junho de 2019.

**JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246**

**ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/06/2019 10:13:32
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19062510133253700000046340095>
Número do documento: 19062510133253700000046340095

Num. 47058409 - Pág. 1

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/06/2019 10:13:32
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19062510133253700000046340095>
Número do documento: 19062510133253700000046340095

Num. 47058409 - Pág. 2



25/06/2019

Número: **0023550-26.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 34ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.162,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado
MELQUISEDEQUE RODRIGUES DA SILVA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
47058 408	25/06/2019 10:13	<u>ANEXO 1</u>
Tipo		
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, 07 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190095590

Vítima: MELQUISEDEQUE RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 18/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MELQUISEDEQUE RODRIGUES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados 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 13912976

Pag. 00901/00902 - carta_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (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, 24 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190095590

Vítima: MELQUISEDEQUE RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 18/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MELQUISEDEQUE RODRIGUES DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 337,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: MELQUISEDEQUE RODRIGUES DA SILVA

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000000648

Conta: 00000185566-8

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, retorno 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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	708.053.694-49	MELQUISEDEQUE RODRIGUES DA SILVA		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: MELQUISEDEQUE RODRIGUES DA SILVA				
Profissão: RECUZA	Endereço: RUA EDUCADORA BRANDINA FOCHA	CPF: 708 053 694 49	Número: 88	Complemento: CASA
Bairro: CENTAU	Cidade: MORENO	Estado: PE	CEP: 54800,000	Tel.(DDD): (81) 988776165
E-mail:				

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZA INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0648 CONTA: 185 566 B

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data, <u>RIO FERREIRO, 04.02.19</u>
Nome: _____	TESTEMUNHAS
CPF: _____	1ª Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Melquisedeque Rodrigues da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
2ª Nome: _____ CPF: _____
<u>ARUANA SEGHANDORA</u> Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do íntero teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

É OBRIGATÓRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





ARUANA SEGURADORA
04 FEV 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/06/2019 10:13:32
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19062510133241800000046340094>
Número do documento: 19062510133241800000046340094

Num. 47058408 - Pág. 4

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: 15/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MELQUISEDEQUE RODRIGUES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00648

CONTA: 000000185566-8

Nr. da Autenticação 72ACAB45591BFA75



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/06/2019 10:13:32
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19062510133241800000046340094>
Número do documento: 19062510133241800000046340094

Num. 47058408 - Pág. 5

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190095590 **Cidade:** Moreno **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MELQUISEDEQUE RODRIGUES DA SILVA **Data do acidente:** 18/10/2018 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA FALANGE PROXIMAL DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:

Observações:

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50





Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: MELQUISEDEQUE RODRIGUES DA SILVA (24756)

Data Nascimento: 01/06/1967 51 Anos e 6 Meses

SEXO: M

Nº de Admissão: 299575

PAINEL:

Data da Admissão: 07/12/2018

Hora da Admissão:

Unidade de Atendimento: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Serviço: 000 - Pronto Atendimento

LAUDO MÉDICO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE MELQUISEDEQUE RODRIGUES DA SILVA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE COM MOTO APRESENTANDO FRATURA DO 5º QDE HÁ 7 SEMANAS.

AO EXAME EVOLUI COM DOR IMPORTANTE E LIMITAÇÃO FUNCIONAL. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL E FISIOTERÁPICO SEM PREVISÃO DE ALTA. SUGIRO AFASTAMENTO POR TEMPO INDETERMINADO.

CID = S62.6

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 07/12/2018 as 21:54

Dr. (a) DANIEL SANCHES
CRM: 19149

ARUANA SEGUROADORA
04 FEV 2019



HOSPITAL ARMINDO MOURA
EP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 26/10/2018 09:00

Endereço:	295051 Entrada: 18/10/2018 Hora: 20:01	Repcionista:	ROSEMERE MARINHO
no:	SUS ESTADO - URGÊNCIA	Matrícula:	
sponsável:		Identidade:	
Médico Resp:	TARCISIO LYRA DE BRITO	C.N.S.:	705006639965351
Paciente:	24756 MELQUISEDEQUE RODRIGUES DA SILVA	Sexo:	MASCULINO Cor: PARDA
Endereço:	01/06/1967 (51 Anos e 4 Meses)	Estado Civil:	CASADO
Residência:	RUA EDUCADORA BRANDINA ROCHA	C.P.F.:	
CEP:	CENTRO C.E.P.: 54800-000	Identidade:	3241575 - SSP - PE
Endereço:	2609402 MORENO	Telefone:	/ 88807790
	SEVERINO RODRIGUES DA SILVA	G.Instrução:	
	JULIA AUGUSTA DA SILVA	Ocupação:	DESEMPREGADO
Nacionalidade:	BRASIL	Naturalidade:	MORENO

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

DATA: 18/10/2018 - 20:58

ALIAÇÃO (Dr. TARCISIO LYRA DE BRITO CRM 10591)

Sintoma do paciente:DOR E DEFORMIDADE EM 5ºQDE APOS QUEDA DE MOTO HA 3 HORAS

Sintoma físico:DOR E DEFORMIDADE EM 5ºQDE

Hipótese diagnóstica: FRATURA DE F1 DO 5ºQDE

Procedimento/Conduta: REAALIZADA REDUÇÃO INCRUENTA+ RX INICIAL E CONTROLE

Horário/Checagem

LÍVIA GESSADA ENGGLOBANDO 4ºE5ºQDE	

Aliação:

Itens Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) COMANDA:

Hospital Memorial Arminho
SAMU
Centro de Arquivo Médico e Documentação
tel:(81) 3555-2013
fax:(81) 3555-2014

Página 1 de 1

ARDANA SEGUROADORA
04 FEV 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/06/2019 10:13:32
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19062510133241800000046340094>
Número do documento: 19062510133241800000046340094

Num. 47058408 - Pág. 8



Página 2 de 2



Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: MELQUISEDEQUE RODRIGUES DA SILVA (24756)

Data Nascimento: 01/06/1967

51 Anos e 5 Meses

SEXO: M

Nº de Admissão: 297154

PAINEL:

Unidade de Atendimento: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Serviço: 000 - Pronto Atendimento

Data da Admissão: 09/11/2018

Hora da Admissão:

SOLICITAÇÃO DE FISIOTERAPIA MOTORA

SOLICITO 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA

HD = FRATURA DO 5º QDE

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 09/11/2018 as 22:22

Dr. Daniel Sanches
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM-PE 19.149

Dr. (a) DANIEL SANCHES
CRM: 19149

CRM: 19149
Dr. (a) DANIEL SANCHES



Data: 09/11/2018 as 22:22



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/06/2019 10:13:32
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19062510133241800000046340094>
Número do documento: 19062510133241800000046340094

Num. 47058408 - Pág. 9



PREFEITURA MUNICIPAL DO MORENO

Secretaria de Saúde

Bedano que é daí deles que
o paciente Wellington Rodrigues
esta sevra, com um magnetismo
de rotura de 5º SDE há
aprox. 2 meses com tratamento
de Redução frimata e Rádio x-ray
com coxis e lumbosacra em
que se desloca se met espessura,
com dificuldade de deslocar
e limitado funções da
met espessura com dificuldade
de dormir e movimentação que
em met espessura, ficando
este fuso impossibilitado
de exercer suas atividades
profissionais ate que noga

RUA JOÃO FERNANDES VIEIRA, 213 - CENTRO - MORENO - PE - CEP: 54.800-000 - FONES: (81) 3535.5092 / 3535.3765

ARUANA SEGURO
04 FEV 2019



muitos de seus.

O mesmo encontra-se em
físio terapeutas mentais
vinculados ao Socíde.

els: 562.6

moço, 28 de

dezembro de 2018.



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletronico do Paciente

Emissão: 25/01/2019 22:21

Atendimento: 303610 Entrada: 25/01/2019 Hora: 20:10
Plano: SUS ESTADO - URGENCIA
Responsável:
Médico Resp: DANIEL SANCHES

Repcionista: ELIANE SOARES DA SILVA
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 705006639965351

Paciente: 24756 MELQUISEDEQUE RODRIGUES DA SILVA
Nascimento: 01/06/1967 (51 Anos e 7 Meses)
Endereço: RUA EDUCADORA BRANDINA ROCHA
Bairro: CENTRO C.E.P.: 54800-000
Cidade: 2609402 MORENO
Pai: SEVERINO RODRIGUES DA SILVA
Mãe: JULIA AUGUSTA DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO
C.P.F.:
Identidade: 3241575 - SSP - PE
Telefone: / 88807790
G.Instrução:
Ocupação: DESEMPREGADO
Naturalidade: MORENO

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 09/11/2018 - 21:30

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. DANIEL SANCHES CRM\19149)

Queixa do paciente:

FRATURA DO 5º QDE HÁ 3 SEMANAS ACOMPANHADO POR DR TARCISIO / DESVIO ACEITÁVEL / CONSOLIDAÇÃO PARCIAL

Exame físico:LIMITAÇÃO DE ADM 5ºQDE

Hipótese diagnóstica: FRATURA DE 5º QDE

Prescrição/Conduta:RX FRATURA DE F1 COM DESVIO DORSAL

Horario/Checagem

01 -	FISIOTERAPIA MOTORA	
02 -	ORIENTAÇÕES	
03 -		
04 -		

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) COMANDA:

