

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170042763 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE GIL CAVALCANTE SOARES DE MELO **Data do acidente:** 12/04/2016 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura bimalleolar do tornozelo direito(cid 10:s 82.3);

**Descrição do exame médico pericial:** Presença de lesão cicatricial em face medial e lateral do tornozelo direito; ausência de edema ou retrações em tornozelo direito; arco de movimento do tornozelo direito completo (flexão plantar---50°, flexão dorsal-----30°; abdução-----30°; adução----30°); bom trofismo muscular em perna direita; força muscular preservada em membro inferior direito.

**Resultados terapêuticos:** Paciente relata ter sido atropelado em 12/04/16;foi submetido nesta mesma data a tratamento cirurgico de fratura bimalleolar do tornozelo direito com fixação com placa e parafusos.em 13/04/16 recebeu alta hospitalar. Em alta ambulatorial. evoluindo satisfatoriamente, sem déficit funcional.

### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Data da perícia:** 09/02/2017

### Conduta mantida:

**Observações:** Referindo dor em tornozelo direito.  
Nota do revisor: ratificamos a conclusão do examinador.  
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

**Médico examinador:** Raphael Neves Bona

**CRM do médico:** 2485

**UF do CRM do médico:** PI

## DANOS

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

## PRESTADOR

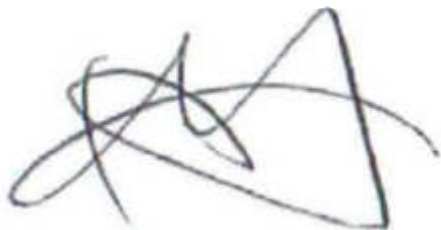
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** SILVIO SZTRAJTMAN

**CRM do médico:** 40115

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**



**Laudo 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**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE GIL CAVALCANTE SOARES DE MELO** Sinistro: **3170042763** Data: **12/04/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Oeiras, 1727, APT 102 - Vermelha - Teresina - PI - CEP 64018-020**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PI** ] **2.275.263**

Data local do exame: [ **09/02/2017** ] **Teresina** [ **PI** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s) **fratura bimalleolar do tornozelo direito(cid 10:s 82.3);. presença de lesao cicatricial em face medial e lateral do tornozelo direito;ausencia de edema ou retracoes em tornozelo direito;arco de movimento do tornozelo direito completo(flexao plantar---50º;flexao dorsal-----30º;abducao-----30º;aducão----30º);bom trofismo muscular em perna direita;força muscular preservada em membro inferior direito.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações. **paciente relata ter sido atropelado em 12/04/16;foi submetido nesta mesma data a tratamento cirurgico de fratura bimalleolar do tornozelo direito com fixacao com placa e parafusos.em 13/04/16 recebeu alta hospitalar.em alta ambulatorial.evluindo satisfatoriamente,sem deficit funcional.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [ ] Sim [ **X** ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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"  
Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Exame não permite conclusão"  
Vide motivo do impedimento no campo das observações

( **X** ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

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

Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

( ) Total = "100% da IS"

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

**referindo dor em tornozelo direito.**



Raphael Neves Bona - CRM: 2485 - PI

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170042763 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE GIL CAVALCANTE SOARES DE MELO **Data do acidente:** 12/04/2016 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 26/01/2017

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** fratura em tornozelo direito

**Resultados terapêuticos:** Não há como definir ou prever a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

## DANOS

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

## PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

**CRM do médico:** 52877859

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



---

Rio de Janeiro, 09 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10492294

A/C: JOSE GIL CAVALCANTE SOARES DE MELO

**Sinistro:** 3170042763 ASL-0024707/17  
**Vitima:** JOSE GIL CAVALCANTE SOARES DE MELO  
**Data Acidente:** 12/04/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04, ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 26 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10411269

A/C: JOSE GIL CAVALCANTE SOARES DE MELO

Sinistro: 3170042763 ASL-0024707/17  
Vítima: JOSE GIL CAVALCANTE SOARES DE MELO  
Data Acidente: 12/04/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Governo do Estado do Piauí  
Secretaria de Segurança Pública  
Delegacia Geral de Polícia Civil  
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000260/2017-16

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 16/01/2017 - 12:36

### DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. DOS IPÊS, Nº.

Complemento

Bairro

SÃO JOÃO

Ponto de Referência

POUSADA DOS IPÊS

Data/Hora

12/04/2016 - 11:00

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

17 JAN 2017

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Félix Pocheco, 2008 Loja 104

Centro - CEP 04001-100

### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSE GIL CAVALCANTE SOARES DE MELO

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

RG: 2279263 SSP PI

Mãe: TERESINHA DE LUZIEUX BARBOSA CAVALCANTE

Endereço: RUA OEIRAS, Nº 1727

Bairro: VERMELHA

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 94-0817-17

### NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

### RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE ESTAVA ATRAVESSANDO A PISTA, QUANDO FOI ATROPELADO POR UMA MOTO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA. FOI SOCORRIDO MARCIO XIMENES CAVALCANTE, RESIDENTE NA RUA GABRIEL FERREIRA, Nº 2336-MACAÚBA, E LEVADO PARA A COT. (PRONT. 0019460). DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166  
AGENTE DE POLÍCIA

JOSE GIL CAVALCANTE SOARES DE MELO - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

**CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA**  
C.N.P.J. 07.224.109/0001-07 - Fone: (86)3230-7900  
Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - CEP 64.001-490

JOSE GIL CAVALCANTE SOARES DE MELO  
CNPED - Rf: 00970010000884990  
Red: DR FERNANDO FREITAS Usui: HSA  
Dt. Nasc: 21/12/1984 CPF: 00974522355



**BOLETIM DE CIRURGIA E ANESTESIA**

*Fratura Torso do S.*  
*atomizante + 1º e 2º ligamentos*  
*Dr. Fernando*  
*Dr. Agnello* 2º Auxiliar:  
*Dr. Autoreia* Circulante: *Conceição*  
Área Cirúrgica:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

OPVAT

CONCLUSÃO NÃO VERIFICADO

11 JAN 2011

GENE SEGURADORAS S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 103  
Centro - CEP 65081-100

**MEDICAMENTOS**

2:	Haloperidol	85:	Ringar lactato 500ml	134:
256:	Halothano	86:	Sofuortef 500mg	153:
11:	Heperina sc	87:	Soro fisiol. 1000ml	164:
18:	Ketalar	193:	Soro fisiol. 500ml	165:
24:	Narcan	244:	Soro glico. 500ml	166:
83:	Neocaina 0,5% clad	115:	Thiopental 1g	1:
275:	Neocaina 0,5 % Isobérica	117:	Tilatil 20mg	173:
51:	Neocaina 0,5 % pesada	118:	Tracur	273:
52:	Neocaine 0,5 % s/ad	116:	Valium amp	48:
53:	Neomicina pom	119:	Vaseline tb	180:
54:	Novalgine amp	121:	Xilestesin gel	182:
190:	Pancuron	274:	Xilocaina 2% clad	183:
65:	Plasol	130:	Xilocaina 2% s/ad	184:
61:	Propofol 10mg	272:	Zoliran amp	185:
62:	Prostigmine	200:		
77:	Quelicin	201:		
242:	Revivan	202:		

**MEDICAMENTOS**

15:	Coleto de urina	38:	Microscopio 25mm	72:
36:	Compressa G	39:	Flexafix G 24	270:
7:	Compressa P	38:	Polifix 2 vies	199:
8:	Draino peritoneo	280:	Pvpil degamante	131:
14:	Esquipo macroscopico	191:	Pvpil topico	132:
5:	Esquipo sangue	182:	Scalp	142:
10:	Esparadrapo	55:	Seringa 1 ml	148:
15:	Elet	58:	Seringa 10 ml	150:
772:	Fenol	75:	Seringa 20 ml	151:
185:	Gases S.O.	40:	Seringa 5 ml	149:
20:	Gelco	50:	Sonda Foley	155:
31:	Gorro descartavel	263:	Sonda uretral	160:
30:	Iodo a 2%	88:	Vaseline liquida	170:
10:	Lamina descart	194:		
12:	Lave procedimento	09:		
134:	Luvex 7,5/8,0	55:		
213:	Mascara desc.	198:		
233:	Microscopio 12.5mm	71:		

**FIOS**

105:	Monsieur 3/0/326W	105:	Polycol 10SPA45T	282:
107:	Monsieur 4/0/26H	107:	Polycol 12-0/SPA44T	283:
111:	Monsieur 6/0/111T	111:	Polycol 13-0/SPA43T	284:
102:	Monsieur 2-0/ 1215	102:	Procos 12-0/6111T	281:
109:	Monsieur 3-0/1163	109:	Vicri 11-0/340H	278:
110:	Monsieur 4-0/129	110:		
112:	Monsieur 5-0/14501	112:		
113:	Monsieur 6-0/1500	113:		

Cirurgião - CRM:

José Gil Cavalcante Soares de Melo VIVIMED

Raquel

Risco(ASA): I

<p>Habitado</p> <p>SF 500 ml</p> <p>SF 500 ml</p>	<p>OBSERVAÇÕES</p> <p>- Raquel</p> <p>1. Bupivacaína p. 10mg</p> <p>2. Fentanyl 20mg</p> <p>3. Morfina 20mg</p> <p>4. ceftriaxona 2g</p> <p>5. Dexametasona 10mg</p> <p>6. Dipirona 2g</p> <p>7. Temxilam 20mg</p> <p>8. Ondansetrona 4mg</p>
---------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

10:15 13h.

anestesia

ASA I, alergia a penicilina

PAC. TRANSFUNDIDO	OXIGENIO/h	PROTO. DE AZOTO/h	AR COMPRIMIDO/h
<p>GE</p> <p>Cond. Hem</p> <p>ml</p> <p>unid</p>	<p>Início: 46.15</p> <p>Término:</p> <p>Duração:</p>	<p>Início:</p> <p>Término:</p> <p>Duração:</p>	<p>Início:</p> <p>Término:</p> <p>Duração:</p>

#### EQUIPAMENTOS

<p>Eléctrico</p> <p>União</p> <p>Desfibrilador</p> <p>Aspirador</p> <p>Lupa cirúrgica</p>	<p>Intensificador de imagem</p> <p>Aparelho artroscópico</p> <p>Destritador</p> <p>Aspirador</p> <p>Lupa cirúrgica</p>	<p>Garrafa pneumática</p> <p>Oxímetro</p> <p>Lipospirometro</p> <p>Fibra ótica</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------

#### MATERIAIS E PRÓTESES

<p>Parafuso cortical nº</p> <p>Quantidade</p> <p>Parafuso metálico nº</p> <p>Quantidade</p> <p>Parafuso espongioso nº</p> <p>Quantidade</p> <p>Paraf. Intraf. "União" nº</p> <p>Quantidade</p>	<p>P</p> <p>G</p> <p>P</p> <p>G</p> <p>P</p> <p>G</p>	<p>Cimento ortop.</p> <p>Prótese</p> <p>Acetábulo</p> <p>Haste Kuntzecker</p> <p>Fixador externo</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------

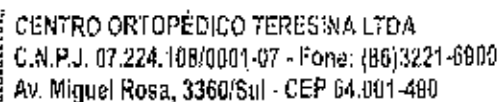
32. 04. 16

Anestesista - CRM:

Bruno Lima  
Bruno Luis S. Lima  
Médico Anestesiologista  
CRM-PI 4624  
CPF: 960.884.515-09







Print.: 0019460 Adm: 12/04/2016 Hr: 14:42  
JOSE GIL CAVALCANTE-SERRES DE FELD  
Cv: UNISED Nr: 0099001000034290  
Fad: DR FERDINAND FREITAS Usu: HSA  
Dt. Nasc: 21/12/1984 CPF: 00994522358

## FICHA DE PRESCRIÇÃO

Médico: \_\_\_\_\_ Convênio: \_\_\_\_\_ Enf.: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Apto: \_\_\_\_\_

[illegible]



1. RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA retardada, relacionado: [alta complexidade da cirurgia ortopédica] [complicações] _____
2. DOR: [Aguda, relacionada a agentes lesivos (químicos, físicos, biológicos e psicológicos)] [Crônica, relacionada a incapacidade física e psicossocial crônica]
3. MOBILIDADE Física Prejudicada alterada por: [Fratura/luxação] [Edema] [Pós-operatório] [Astenia] [Déficit motor] [Inconsciência] _____
4. Padrão de SONO perturbado relacionado: [Iluminação] [Falta de ar] [Dor] [Barulho] [Dor] [Ansiedade] [Falta de privacidade] _____
5. RETENÇÃO urinária relacionado por: [Bloqueio] [Inibição do arco reflexo] _____
6. Padrão RESPIRATÓRIO Ineficaz relacionado por: [Hiperventilação] [Hipoventilação] [Deformidade óssea] [Deformidade da parede do tórax] [Dor]
7. PERFUSÃO TISSULAR periférica Ineficaz relacionado por: [Hipovolemia] [Hipervolemia] [Hipoventilação] [Interrupção do fluxo arterial] _____
8. NUTRIÇÃO desequilibrada: menos do que as necessidades corporais relacionados por: [Incapacidade de ingerir e observar alimentos] [Fatores biológicos e psicológicos] _____
9. INTEGRIDADE DA PELE prejudicada, relacionado por: [Proeminência óssea] [Umidade] [Circulação alterada] [Imobilização física] _____
10. NAUSEA evidenciado por: [Medicamentos] [Agentes anestésicos] [POI] _____
11. DEAMBULAÇÃO prejudicada, evidenciado por: [Dor] [Imobilidade] [Tipo de cirurgia realizado]
12. ANSIEDADE, evidenciado por: [Stress] [Ameaça de mudança no estado de saúde]
13. Risco de síndrome do DESUSO, relacionado: [Dor intensa] [Imobilização] [Paralisia] [Nível de consciência alterado] _____
14. Risco de QUEDAS, relacionado: [Uso de cadeiras de rodas] [ > de 60 anos] [Uso de aparelho de auxílio] [Condições pós-operatórias] _____
15. Risco de INFECÇÃO, relacionado: [Procedimento invasivo] [Trauma] [Exposição ambiental] [Cirurgia aumentada] [Destruição de tecidos] _____
16. Risco de desequilíbrio na TEMPERATURA corporal evidenciado por: [Hipertermia] [Hipotermia]
17. Risco de CONSTIPAÇÃO, evidenciado por: [Mudança recente de ambiente] [Depressão] [Mudança nos padrões habituais de alimentação] _____
18. Risco de LESÃO, relacionado: [Pele lesada] [Imobilidade alterada] [Perfil sanguíneo anormal] [Edema] [Desorientação] [Imobilização] _____
19. _____

# EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

19:50h - segue em boa parte da estrutura de porção  
Zelo (1) e alérgico à penicilina, consciente, orientado,  
resposta, porém, em repouso no leito. Há uma mobilidade  
com boa amplitude, sem sinais flogísticos. Pulso  
na ausência de M.V. e toda a gestação tipo 10  
mmHg elevados. Sem queixas e legados no momento.  
-to. Pt. em contração uterina em jejum, segundo  
e pt., o mesmo foi orientado pelo assistente  
-to, que a sua dieta por 10, estava  
liberada a partir das 20:30h. Sinais  
exponíveis em observação. Sono e repouso  
satisfatórios.

Pq, pt. relatou as 20h, dificuldade para  
dormir, com início de náuseas placentárias  
pr. ressonar, aguardando conduta.

Libre Torres Mattos  
Enfermeiro  
CRP 331.678



CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA

Av. Miguel Rosa, 3360/5A - Fone: (88) 32307800 - Teresina-PI

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA: 13/01/16

ADM: 12/07/16 Hora: 14h

DATA NASC: 21/12/1985

PACIENTE:

YOSÉ G. CARVALHO SÚBROS DE MELO

Sexo: M ( ) F ( )

Prontuário: 19460

Apt: 101

Enf: Leite: -

DIAGNÓSTICO:

1º OP. por fratura de humero @

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

HORÁRIO

IMOBILIZAÇÃO: ( ) Sim ( ) Não

( ) Tala ( ) Fechado

Tipo: ( ) Luva ( ) Axilo-palmar ( ) Bola

( ) MIC ( ) Tubo ( ) Velpeur ( ) TA ( ) PC

( ) Anti-rotatória ( ) Colar cervical

( )

Horário

Tem(°C)

FC(bpm)

FR(mpm)

PA(mmHg)

GLICEMIA

Valor Adm

( ) Manter membro fraturado/fixado elevado.

( ) Realizar rodízios de medicação ( ) SC ( ) IM.

( ) Obs. e anotar sinais vitais em acesso venoso.

( ) Obs. e anotar sinais de hiperemia ou lesões pele.

( ) Obs. e anotar evacuações/ eliminação vesical.

( ) Obs. e anotar alterações em fixador externo e tração

( ) Obs. e anotar sangramento em FO

( ) Estimular higiene oral e observar mucosa oral

( ) Estimular deambulação ( ) manter repouso no leito.

( ) Obs. e anotar aceitação da dieta.

( ) Realizar curativo na FO ( ) 1x dia ( ) 2x dia.

( ) Realizar e anotar glicemia capilar/insulinoterapia.

( ) Realizar e anotar sinais vitais de 6/6hs.

( ) Medir e anotar débito: ( ) diários ( ) SVD ( ) SNG/SNE.

( ) Verificar e anotar presença de náuseas e vômitos.

( ) Realizar mudança de decúbito 4/4hs

( ) Realizar banho: ( ) suspensão com auxílio ( ) no leito.

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

CURATIVO

( ) Aberto ( ) Oclusivo ( ) Oclusivo ( ) Seco ( ) Úmido

Secreção: ( ) Sim ( ) Não

( ) Sanguinolenta ( ) Serosa ( ) Purulenta

Odor: ( ) Sim ( ) Não

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

Tipo: ( ) Seco ( ) Úmido

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

DIETA

Tipo

Aceitação

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

ELIMINAÇÕES

Diurese

Evacuações

ORENO

Volume

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

Observações

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

De Presc. 12/04/2016 al 11.09 per JCS

## Relatório de Intermédio

## Recursive

- 12/20/14  
12/20/14  
(8)
- 12/20/14

Site hospital

Dr. Ferdinand Freitas  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-3096



Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Jose Gil Lavalcante Soares de Melo

PORTADOR(A) DO RG Nº 2275263 EXPEDIDO POR SSP- PE EM 12 / 03 / 14 E

CPF 009945923-55 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO recusou-se

E RENDA MENSAL DE R\$ recusou-se NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jose Gil Lavalcante Soares de Melo. AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem** de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO!  
SOCIAL ou Salário ou Funcional

17 JAN 2014

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Félix Pacheco, 2008 Loja 101

mensal de até R\$ 2.000,00

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 5605-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 15.778-3

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Teresina-PI 17 de Janeiro de 2014 Xpici Cal Cozente Sara de Melo  
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



BANCO DO BRASIL S.A.  
17/01/2017 - AUTO-ATENDIMENTO - 11.15.45  
0839770317

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 5605-7 CONTA: 15.778-9  
CLIENTE: JOSE G C SOARES MELO

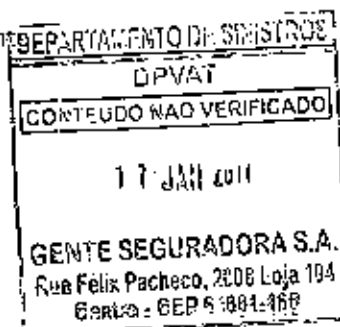
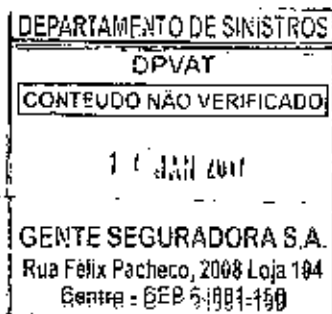
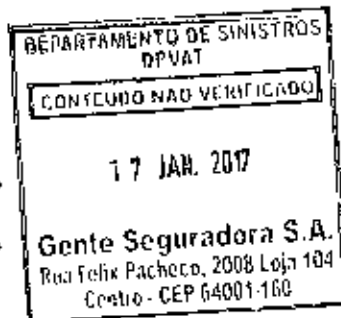
HISTORICO	DOCUM.	VALOR
29/12/2016		
Saldo Anterior		
02/01/2017		
Transferido para Poupanca 033892		
31/12 1637 510033892-6 FERNANDA ALVES		
Saldo		
05/01/2017		
Tarifa Pacote de Servicos 523508		
Tarifa referente a 05/01/2017		
S A L D O		

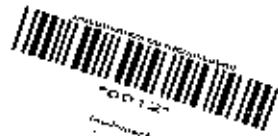
Juros *	0,00
Data de Debito de Juros	01/02/2017
IDF *	
Data de Debito de IDF	01/02/2017
(*) Apurados de acordo com o somatorio dos saldos devedores diários no mes anterior ao debito.	

OBSERVAÇÕES:

Ha tarifas pendentes de cobranca. Total em 17/01/2017 R\$ 24,01. Sujeito a cobranca quando ocorrer saldo positivo na conta corrente. Procure sua agencia.

Leia no verso como conservar este documento, entre outras informações.





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO  
FUNDAÇÃO NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME: JOSE GIL CAVALCANTE SOARES DE MELO

DOC. IDENTIDADE/ORG. EMISSORA: 2275263 SSP PI

CNPJ: 009.945.223-55 DATA NASCIMENTO: 21/12/1984

FLUXO: GERARDO WELLINGTON SOARES DE MELO TERESINA IR L BARBOSA CAVALCANTE

PERMISSÃO: [ ] ACC: [ ] CATAM: B

VALIDADE: 11/11/2016 PRAZOS: 13/12/2005

Nº REGISTRO: 03746015649

VALIDA EM TODA O TERRITÓRIO NACIONAL 905495948

COMENTÁRIOS

*Jose Gil Cavalcante Soares de Melo*

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO

LOCAL: TERESINA

DATA DE EMISSÃO: 12/03/2014

42912706070  
PI313808562

ASSINATURA DO CANCELADO

ASSINATURA DO CANCELADO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
17 JAN 2011  
CENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Félix Pacheco, 2000 Loja 100  
Gentim - CEP 04001-900

CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA  
C.N.P.J. 07.224.108/0001-07 - Fone: (86) 3230-7900  
Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - CEP 64.001-490

Print.: 0019460 Adm: 12/04/2016 Hr: 14:40  
CNPJ: 07.224.108/0001-07  
C 1990  
H SA  
Data: 12/04/2016 14:40

## BOLETIM DE INTERNAÇÃO

Provisório: Estava Tornozelo D.

Principal:

Morta Mortis:

Patológico:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
17 JAN 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104
Centro - CEP 84001-100

### HISTÓRIA CLÍNICA

Doença de tornozelo D após acidente  
em trânsito.

Elemento TIPO:

Nenhum ( ) Médico ( ) Cirúrgico ( ) Médico-Cirúrgico/Eficácia  
Eficaz ( ) Ineficaz ( ) Prejudicial ( ) Não avaliado

Decisão:

Curado ( ) Melhorado ( ) Inalterado ( ) A pedido  
Decisão Médica ( ) Evasão Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_

TRANSFERÊNCIA:

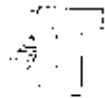
Fisiologia ( ) Psiquiatria ( ) Outros

**TERESINA ORTOPÉDICO TERESINA LTDA**  
**Cláudio de S. Veras Neto**  
**Diretor Administrativo**

Visto do Diretor do Hospital

CONFERE COM O ORIGINAL

**TERESINA ORTOPÉDICO TERESINA LTDA**  
**Cláudio de S. Veras Neto**  
**Diretor Administrativo**



**CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA**  
C.N.P.J. 07.224.108/0001-07 - Fone: (86) 3230-7900.  
Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - CEP 64.001-490

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

O paciente assume plena responsabilidade com as despesas médico/hospitalar do paciente internado nesta casa de saúde por ordem médica.

Para as despesas, como DIÁRIAS, TAXAS, MÉDICOS, etc.: procurar informar-se no momento da chegada com a TESOUREIRIA e ou RECEPCIONISTA.

A liquidação da conta hospitalar/médico deverá ser feita no momento da ALTA do paciente, no seguinte horário:

MANHÃ: 07:30 às 11:30;

APÓS-NOITE: 13:30 às 17:30hs.

A internação do PACIENTE está condicionada à quitação do débito, junto a tesouraria.

Pagamento com CHEQUE, na liquidação de sua conta deverão ser feitos com cheques distintos, tanto para o hospital, como para os médicos.

Cheques fora da praça, só será aceito com apresentação de um documento de identificação e telefone para contatos.

Objetos pertencentes dentro do Apto/Suite, serão conferidos. Qualquer dano material será debitado nas despesas do usuário.

A casa não se responsabilizará por quaisquer objetos e valores desaparecidos ou extraviados em suas dependências.

Ates de convênios com direito a enfermagem que optarem por apto ou suite pagará uma diferença de 10% e também uma complementação sobre honorários médicos, de acordo com tabela da AMB.

As internações de URGÊNCIA/EMERGÊNCIAS que não forem autorizadas pelo convênio serão pagas pelo assistido ou seu responsável.

MEDICAMENTOS que não forem pagos pelo CONVÊNIO, serão pagos pelo PACIENTE.

Paciente particular e Econômico, o depósito cobrirá somente a quantidade de dias estabelecida na emergência citada e se houver complicações pós-cirurgia, o Paciente pagará as diárias, medicações e exames se necessários.

Antes de ser submetido a cirurgia, estou ciente e consciente dos riscos cirúrgicos e das complicações que podem ocorrer em consequência do ato cirúrgico e o anestésico.

Caso ocorra falecimento, caso a família não tome as providências necessárias, estas serão tomadas pela casa de acordo com as normas legais.

PACIENTE DAS MEDIDAS, declaro para os fins que aceito.

Teresina(PI), 12 de Abril de 2016

Maranda Prudencio de Moraes Cavalcante  
Ass. Legível do Responsável

36.644.843-98

3043434

Luiza Azevedo Martins, N° = 3710, tesoureira  
Maranda Prudencio de Moraes Cavalcante, casa 7

CONFERE COM O ORIGINAL  
Ass. Legível do Responsável  
Dr. ADMILSON PRAÇA  
CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA