
Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: JOSE ALISSON DA SILVA

Nº Sinistro: 3180166102
Vitima: JOSE ALISSON DA SILVA
Data do Acidente: 16/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador VIRGINIA GRANGEIRO GONCALVES VASQUES

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180166102**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **16/10/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190015657

Vítima: JOSE ALISSON DA SILVA

Data do Acidente: 16/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA REGILANIA FERREIRA ALENCAR

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE ALISSON 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, 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



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, 10 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190015657 Vítima: JOSE ALISSON DA SILVA

Data do Acidente: 16/10/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA REGILANIA FERREIRA ALENCAR

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

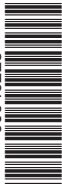
Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00455/00456 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13799881

Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190015657

Vítima: JOSE ALISSON DA SILVA

Data do Acidente: 16/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA REGILANIA FERREIRA ALENCAR

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE ALISSON 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\$ 2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: JOSE ALISSON DA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000001957

Conta: 0000052176-9

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



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

071.952.973-57

Nome completo da vítima

João Alisson da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
João Alisson da Silva		071.952.973-57		Estudante	
Endereço		Número		Complemento	
Rua Reimundo Garcia Sampaio		338			
Bairro	Cidade	Estado	CEP	Telefone (DDD)	
Parque Eulandina	Barcelha	CE	63.180-000	(08) 9.9294-2900	
Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.					

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
- ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

1257

052.176

9

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Barcelha-CE, 20 de março de 2018

Local e Data

João Alisson da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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 ASI: _____ CPF da vítima: 071.952.973-57 Nome completo da vítima: JOSE ALISSON DA SILVA

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

Nome completo: JOSE ALISSON DA SILVA CPF: 071.952.973-57

Endereço: RUA ROBERTO GARCIA SAMPÃO Número: Nº 338 Complemento: CASA

Bairro: PARQUE BULANDEIRA Cidade: BARBOLHA Estado: CEARA CEP: 63180-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): (88) 99909-1667

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 1957 CONTA: 52176 9

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: SABEMI SEGURADORA S/A

AGÊNCIA: _____ CONTA: 07 JAN 2019

(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 a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

RECEBIDO

INVALIDEZ PERMANENTE

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 (assinale 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 do 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 contestação, caso o discordo do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: _____ 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.

Local e Data: BARBOLHA - CE 20/12/2018

Nome: JOSE ALISSON DA SILVA

CPF: 071.952.973-57

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

José Alisson da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 421 - 247 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **31/01/2018 11:20:32**
Data / Hora da Ocorrência: **16/10/2017 09:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA JOÃO EVANGELISTA SAMPAIO**
Complemento:
Bairro:
Município: **BARBALHA/CE**
Ponto de Referência: **PRÓXIMO À USINA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSÉ ALISSON DA SILVA**
Nascimento: **31/05/1997** CPF: **071.952.973-57**
RG: **20088293356** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **MARIA DA SILVA VITOR**
FRANCISCO SEVERINO DA SILVA
Endereço: **RUA RAIMUNDO GARCIA SAMPAIO, 338**
Bairro: **PARQUE BULANDEIRA**
Município: **BARBALHA/CE**
País: **BRASIL**



Telefone: **(88) 99237-9730**

Noticiante(s)

Nome: **JONATAS DA SILVA LOPES**
Nascimento: **01/10/1987** CPF: **031.901.123-20**
RG: **451757695** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **MARIA HELENA DA SILVA LOPES**
MANOEL LOPES DA SILVA
Endereço: **RUA ESCRITUÁRIA CIRLENE DE BRITO, 394**
Bairro: **JOSÉ GERALDO DA CRUZ**
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
País: **BRASIL**

UF: **SP**

Telefone: **(88) 99786-1126**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCR8362** Uf: **CE** Município: **BARBALHA** Chassi: **9C2JC4110BR460847** Renavam: **324945809** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **CARLOS VITOR DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

O declarante, advertido das penalidades previstas nos artigos 339, 340 e 342 do CPB, informou que na data e hora acima mencionadas estava conduzindo a motocicleta descrita acima, de propriedade do irmão de JOSÉ ALISSON DA SILVA, conhecido como CARLOS VITOR DA SILVA, na avenida João Evangelista Sampaio, próximo à 'usina', nesta cidade, quando um veículo (S 10, cor azul) que trafegava em uma das ruas que cortam a avenida através do qual o declarante passava avançou a preferencial e colidiu na traseira da motocicleta. Naquela ocasião, o declarante perdeu o equilíbrio e veio a cair no chão, no entanto, acabou sofrendo apenas pequenas raladuras nos braços que não necessitaram de atendimento

X José Alisson da Silva

X Jonatas da Silva Lopes

Bayana

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 421 - 247 / 2018**

médico. Que JOSÉ ALISSON DA SILVA vinha na garupa da motocicleta que o declarante conduzia e em razão do acidente acabou sofrendo fratura na tíbia da perna direita. Asseverou que naquela oportunidade um rapaz, cuja identidade o declarante desconhece, vinha passando pela mesma avenida e os socorreu ao Hospital São Vicente de Paulo, nesta cidade, mas, conforme dito anteriormente, apenas JOSÉ ALISSON DA SILVA recebeu atendimento médico. Que o declarante possui Carteira Nacional de Habilitação. Que apenas JOSÉ ALISSON sofreu lesões decorrentes do acidente, nenhuma outra pessoa foi atingida, bem como o motorista do veículo que causou a colisão evadiu-se do local e não chegou a se lesionar pois conduzia um carro. Que apenas JOSÉ ALISSON irá dar entrada no requerimento de seguro DPVAT, sendo que para tanto, contratou os serviços de um conhecido do declarante chamado 'EDINHO' que trabalha com o advogado PABLO (escritório situado na rua Carlos Cruz, bairro Franciscanos, em Juazeiro do Norte/CE outro na cidade de Barbalha/CE, em frente ao Banco Bradesco). Que indica como testemunhas os vizinhos de JOSÉ ALISSON que tomaram conhecimento de que ele sofreu acidente de trânsito, sendo eles: CARLOS VITOR DA SILVA e NATALIA MARIA DANTAS, residentes na rua Raimundo Garcia Sampaio, nº323, bairro Parque Bulandeira, nesta cidade. Que o acidente ocorreu no dia 16/10/2017, por volta das 09h00min, sendo que no mesmo dia JOSÉ ALISSON foi encaminhado ao Hospital São Vicente de Paulo, nesta cidade, porém, em razão da inexistência de leito vago, foi internado apenas no dia 17/10/2017, tendo a ficha de atendimento sido feita apenas nesse dia (17/10/2017). Que foi informado que será expedida guia de exame de corpo de delito. Que JOSÉ ALISSON DA SILVA está presente e confirma os fatos narrados no presente boletim de ocorrência, razão pela qual também irá assiná-lo. E nada mais disse.//

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :***Layana Carvalho***LAYANA CARVALHO LUCAS - MAT.: 300656-1-1****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:***X Jonatas da Silva lopes***VISTO DO DELEGADO(A) :****LORNA DE AGUIAR ALENCAR BEZERRA - MAT.: 198798-1-x***X Jonatas da Silva lopes**José Alisson da Silva*



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 421 - 247 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **31/01/2018 11:20:32**

Data / Hora da Ocorrência: **16/10/2017 09:00:00**

Endereço da Ocorrência: **AVENIDA JOÃO EVANGELISTA SAMPAIO**

Complemento:

Bairro:

Município: **BARBALHA/CE**

Ponto de Referência: **PRÓXIMO À USINA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSÉ ALISSON DA SILVA**

Nascimento: **31/05/1997** CPF: **071.952.973-57**

RG: **20088293356** Orgão Emissor: **SSP**

Filiação: **MARIA DA SILVA VITOR**

FRANCISCO SEVERINO DA SILVA

Endereço: **RUA RAIMUNDO GARCIA SAMPAIO, 338**

Bairro: **PARQUE BULANDEIRA**

Município: **BARBALHA/CE**

País: **BRASIL**

CEP:

Telefone: **(88) 99237-9730**

Noticiante(s)

Nome: **JONATAS DA SILVA LOPES**

Nascimento: **01/10/1987** CPF: **031.901.123-20**

RG: **451757695** Orgão Emissor: **SSP**

UF: **SP**

Filiação: **MARIA HELENA DA SILVA LOPES**

MANOEL LOPES DA SILVA

Endereço: **RUA ESCRITURÁRIA CIRLENE DE BRITO, 394**

Bairro: **JOSÉ GERALDO DA CRUZ**

CEP:

Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**

País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 99786-1126**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCR8362** Uf: **CE** Município: **BARBALHA** Chassi:

9C2JC4110BR460847 Renavam: **324945809** Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano

Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor:

PRETA Proprietário: **CARLOS VITOR DA SILVA** Situação: **NÃO**

INFORMADO Envolvimento: **NORMAL**

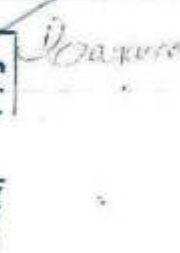
Histórico

O declarante, advertido das penalidades previstas nos artigos 339, 340 e 342 do CPB, informou que na data e hora acima mencionadas estava conduzindo a motocicleta descrita acima, de propriedade do irmão de JOSÉ ALISSON DA SILVA, conhecido como CARLOS VITOR DA SILVA, na avenida João Evangelista Sampaio, próximo à 'usina', nesta cidade, quando um veículo (S 10, cor azul) que trafegava em uma das ruas que cortam a avenida através do qual o declarante passava avançou a preferencial e colidiu na traseira da motocicleta. Naquela ocasião, o declarante perdeu o equilíbrio e veio a cair no chão, no entanto, acabou sofrendo apenas pequenas raladuras nos braços que não necessitaram de atendimento

DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

Pág. 1 de 2

Imprimindo em: 31/01/2018 11:29:29





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 421 - 247 / 2018

médico. Que JOSÉ ALISSON DA SILVA vinha na garupa da motocicleta que o declarante conduzia e em razão do acidente acabou sofrendo fratura na tíbia da perna direita. Asseverou que naquela oportunidade um rapaz, cuja identidade o declarante desconhece, vinha passando pela mesma avenida e os socorreu ao Hospital São Vicente de Paulo, nesta cidade, mas, conforme dito anteriormente, apenas JOSÉ ALISSON DA SILVA recebeu atendimento médico. Que o declarante possui Carteira Nacional de Habilitação. Que apenas JOSÉ ALISSON sofreu lesões decorrentes do acidente, nenhuma outra pessoa foi atingida, bem como o motorista do veículo que causou a colisão evadiu-se do local e não chegou a se lesionar pois conduzia um carro. Que apenas JOSÉ ALISSON irá dar entrada no requerimento de seguro DPVAT, sendo que para tanto, contratou os serviços de um conhecido do declarante chamado 'EDINHO' que trabalha com o advogado PABLO (escritório situado na rua Carlos Cruz, bairro Franciscanos, em Juazeiro do Norte/CE outro na cidade de Barbalha/CE, em frente ao Banco Bradesco). Que indica como testemunhas os vizinhos de JOSÉ ALISSON que tomaram conhecimento de que ele sofreu acidente de trânsito, sendo eles: CARLOS VITOR DA SILVA e NATALIA MARIA DANTAS, residentes na rua Raimundo Garcia Sampaio, nº323, bairro Parque Bulandeira, nesta cidade. Que o acidente ocorreu no dia 16/10/2017, por volta das 09h00min, sendo que no mesmo dia JOSÉ ALISSON foi encaminhado ao Hospital São Vicente de Paulo, nesta cidade, porém, em razão da inexistência de leito vago, foi internado apenas no dia 17/10/2017, tendo a ficha de atendimento sido feita apenas nesse dia (17/10/2017). Que foi informado que será expedida guia de exame de corpo de delito. Que JOSÉ ALISSON DA SILVA está presente e confirma os fatos narrados no presente boletim de ocorrência, razão pela qual também irá assiná-lo. E nada mais disse.//

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Layana Carvalho
LAYANA CARVALHO LUCAS - MAT.: 300656-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

X Jonatas da Silva Lopes

VISTO DO DELEGADO(A) :

LORNA DE AGUIAR ALENCAR BEZERRA - MAT.: 198798-1-X

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA
 AUTENTICAÇÃO
 05.12.18

DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA



Marcelino Maciel Torres - Titular
 Ayla Maria de Sá Barreto Torres - Substituto
 Mayara de Sá Barreto Torres Lavor - Escrevente
 Francisco Salviano de Lavor - Escrevente
 VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICAÇÃO

Pág. 2 de 2

Ingresso em: 21/01/2018 11:29:29

Jose Alisson da Silva

X Jonatas da Silva Lopes

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

José Alisson da Silva

CPF da Vítima

071.952.973-57

Data do Acidente

16-10-2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Barcelos 20 de março de 2018

Local e Data

José Alisson da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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 ASI: _____ CPF da vítima: 071.952.973-57 Nome completo da vítima: JOSE ALISSON DA SILVA

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

Nome completo: JOSE ALISSON DA SILVA CPF: 071.952.973-57
 Endereço: RUA ROBERTO GARCIA SAMPOLLO Número: Nº 338 Complemento: CASA
 Bairro: PARQUE BULANDEIRA Cidade: BARBOLHA Estado: CEARA CEP: 63180-000
 E-mail: _____ Tel. (DDD): (85) 99909-1667

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

RECEBIDO

DADOS CADASTRAIS

RECEBIDO

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

TESTEMUNHAS

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): José Alisson da Silva

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): José Alisson da Silva

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): José Alisson da Silva

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): José Alisson da Silva

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): José Alisson da Silva

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): José Alisson da Silva

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): José Alisson da Silva

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____



Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

16/10/2017

Data de Emissão

Unidade Prestadora: HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO

Dados do Paciente

SENHA:

Usuário do Cadastro:
Usuário do Atendimento:

DBAMV
SCOSTA

Nome: JOSE ALISSON DA SILVA

Paciente: 50049

Atendimento



3120034

Nome da Mãe: MARIA DA SILVA VITOR

Sexo: MASCULINO

Data Nascimento: 31/05/1997

Idade: 20 Anos / 4 Meses / 16 Dias

Endereço: RUA PROJETADA H

Bairro: PARQUE BULANDEIRA

CEP: 63180000

Cidade: BARBALHA

Telefone: 35327100

Profissão Declarada: ESTUDANTE

Número: 343

Dados do Atendimento

Data: 16/10/2017

Hora: 10:33:42

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT

Queixas:

T:

PA:

P:

FARMACOVIGILÂNCIA Alérgico: () Sim () Não A que?

Hora médica: _____

PACIENTE SOFROU ACIDENTE DE TRANSITO (MOTOCICLETA).
CHEGA COM LESÃO CONTO-CONTUSA EM CALCÂNEO DIREITO
E FRATURA DE TÍBIA E FIBULA D

Hipótese Diagnóstica:

Cód. COD 10:

☐ Imagem: RX PERNA

☐ Laboratório:

☒ Outros: SUTURA + TALA

Procedimento

DIREITO AP/PERFIL + RX TORNZELO D HIPERFLEX

Conduta

INTERNAÇÃO

Assinatura do Paciente ou Responsável

Marcelo Parente Oliveira
Ortopedia / Traumatologia
CREMEC 13172

MARCELO PARENTE OLIVEIRA
CRM 13172





18/10/2017

Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

Data de Emissão

Unidade Prestadora: HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO

SENHA:

Dados do Paciente

Usuário do Cadastro: /
Usuário do Atendimento: /DBAMV
SCOSTA

Nome: JOSE ALISSON DA SILVA

Paciente: 50049

Atendimento



3120034

Número: 343

Nome da Mãe: MARIA DA SILVA VITOR

Sexo: MASCULINO

Data Nascimento: 31/05/1997

Idade: 20 Anos / 4 Meses / 16 Dias

Endereço: RUA PROJETADA H

Bairro: PARQUE BULANDEIRA

CEP: 63180000

Cidade: BARBALHA

Telefone: 35327100

Profissão Declarada: ESTUDANTE

Dados do Atendimento

Data: 18/10/2017

Hora: 10:33:42

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT

Queixas:

T:

PA:

P:

FARMACOVIGILÂNCIA Alérgico: () Sim () Não A que? _____

Hora médica: _____

PACIENTE SOFROU ACIDENTE DE TRANSITO (MOTOCICLETA),
CHEGA COM LESÃO CONTUSO-CONTUSA EM CÂNAL DO DIREITO
E FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA D

SABEMI SEGURADORA S/A

Hipótese Diagnóstica:

Cód. COD 10: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

07 JAN 2019

RECEBIDO

Procedimento

☐ Imagem: RX PLANA DIREITA AP/PROFIL + RX TORÇÕES D AP/PROFIL☐ Laboratório:☒ Outros: SUTURA + TALA

Conduta

INTERENÇÃO

X *Maria da Silva Vitor*
Assinatura do Paciente ou Responsável

MARCELO PARENTE OLIVEIRA
CRM 13172

Marcelo Parente Oliveira
Ortopedia / Traumatologia
CRM 13172

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: 17/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ALISSON DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01957

CONTA: 000000052176-9

Nr. da Autenticação FF4D1E999F2C7E83



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 516365879
 Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza - CE
 CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
 foi criada pela Lei nº 10.438 de
 25 de abril de 2002.

Esta é a segunda via de
MAR/2018

Utilize o n° abaixo sempre
 que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
8613285 DV. **7**

VENCIMENTO
16/03/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
73,11

DADOS DO CLIENTE

Rota 06 013010 01 0746800
 Nome MARIA CELIA PEREIRA DA PAIXAO
 Endereço Postal

Medidor
 414473

Poste
 0000 D

End. da Unidade Consumidora RU RAIMUNDO GARCIA SAMPAIO 00338 PQ BULANDEIRA
 BARBALHA 63180000

RG / CPF / CNPJ 027.724.683-05

CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA

Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual ☒ Leitura Anterior ☐ Constante ☐ Consumo (kWh) ☒ Consumo Incl. ☐ Consumo Faturado

FP 9274 9134 1 140 0 140

DESCRIÇÃO DA CONTA

ENERGIA

Consumo faixa 0-30 Kwh
 Consumo faixa 31-100 Kwh
 Consumo faixa 101-220 Kwh

Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
30	0,16942	5,08
70	0,29044	20,33
40	0,43567	17,43

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 09/03/2018
 Prev. Próxima Leitura 09/04/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

DA44.5B5E.6EC9.17D9.2629.CA8D.6396.6ED9

ICMS

Base de Cálculo (R\$) ISENTO Aliquota Valor do Imposto

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	20,34
TRANSMISSÃO	2,03
DISTRIBUIÇÃO	13,81
ENCARGOS SETORIAIS	4,78
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	2,99

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

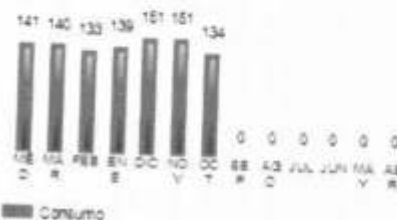
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 31,03

Conjunto BARBALHA

Mês JAN/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,19	10,38	20,77	0,61	0,00	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	1,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,94			0,61		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
 Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica(%CO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:
 Data de Emissão:

8613285-7
21/03/2018

N° da Nota Fiscal: **516365879**
 Referência: **MAR/2018**

Total a Pagar (R\$): **73,11**

N° de Controle: **0008613285 00006 4307 245**

83830000000-4 73110031000-6 00086132850-7 00064307200-4





Estácio



CTCE FORTALEZA CE PL8
VIRGÍNIA GRANGEIRO GONÇALVES VASQUES
RUA TOTOINHO FILGUEIRAS, 101 CENTRO
MORRO DO CARMO
63180-000 BARBALHA CE



721104210570260000441652001101

Data de Postagem: 24/10/2017

SABEMI SEGURADORA S/A
12 ABR 2018
RECEBIDO

RECEBIDO

VENCIMENTO

19/11/2018

TOTAL PAGAR (R\$)

115,24

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Preço	0,00
Imposto de Renda	0,00
Imposto de Renda Retido	0,00
Imposto de Renda Retido	0,00
Imposto de Renda Retido	0,00
Imposto de Renda Retido	0,00
TOTAL	0,00

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

141	147	130	156	138	138	142	132	146	140	133	139	151
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão kg (CO₂)

Compensado kg (CO₂)

Compensação Ecológica (tCO₂e)

57,39

0,00

0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AGENS DE VENCIMENTO

PARA PAGAR SUA CONTA DE DEBITO AUTOMÁTICO UTILIZE
SEU NÚMERO DE CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.

Para os débitos e análise o endereço correto de cobrança, transmissor
de dados, e de cobrança, Ministério do Meio Ambiente.

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Virgínia Grangeiro G. Vasques inscrito (a) no CPF/CNPJ 020.351.003, 30,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSÉ ALIMON DA SILVA inscrito
(a) no CPF sob o Nº 071.152.973, 57, do sinistro de DPVAT cobertura INDEVIDUO da Vítima
JOSÉ ALIMON DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.152.973, 57, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Tatouho Kilgusira</u>		Número <u>101</u>	Complemento
Bairro <u>centro</u>	Cidade <u>Barcelha</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>65.180-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>(88) 9.2660-4370</u>	Telefone celular (DDD) <u>(88) 9.2294-2900</u>

Barcelha, 20 de março de 2018
Local e Data

Virgínia Grangeiro Gonçalves Vasques
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu MARIA REGILANIA FERREIRA ALENCAR inscrito (a) no CPF/CNPJ 042221.563 / 28, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE ALISSON DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o nº 071.952.973 / 57, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDA da Vítima JOSE ALISSON DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o nº 071.952.973 / 57, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSA-ME Renda: RECUSA-ME e apresento os documentos comprobatórios: RECUSA-ME DECLARO

☒ Recuso informar

SABEMI SEGURADORA S/A

07 JAN 2019

RÉCEBIDO de acordo abaixo,

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-D¹, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
Rua: <u>ANTONIO WALTER HENONOTO TELES</u>		<u>70</u>	<u>CASA</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>JOSE GERARDO DA CRUZ</u>	<u>JOAZEIRO DO NORTE</u>	<u>CEARA</u>	<u>63033-030</u>
E-mail		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>11</u>		<u>11</u>	<u>11</u>

JOAZEIRO DO NORTE 20 de DEZEMBRO de 2018
Local e Data

Maria Regilania Ferreira Alencar
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Carlos Vitor da Silva,
RG nº 2008543282-7, data de expedição 02/07/2013,
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 067.674.703-50, com
domicílio na cidade de Barbalha, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Raimundo Garcia Sampaio, nº 358,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Jonas Afonso da Silva cujo o condutor era
Jonatas da Silva Lopes.

Veículo: motocicleta
Modelo: Honda CB-125 FAN X3
Ano: 2011 - 2011
Placa: OCR-836R
Chassi: 9C8TC4130 BR 460847
Data do Acidente: 16-10-2017
Local e Data: Barbalha-CE, 20 MAR. 2018

Carlos Vitor da Silva
Assinatura do Declarante

Jonatas da Silva Lopes
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Declaração do Proprietário do Veículo Motocicleta

Eu, CARLOS VITOR DA SILVA,
RG nº 20085432827 data de expedição 02/07/13, Órgão SSP-CE
portador do CPF nº 067.674.703-50, com domicílio na cidade de
BARBALHA, no Estado de CEARA,
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA RAIMUNDO GONCALVES
SABOIA, nº 338, complemento CASA,
declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de
minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima JOSE
ALISSON DA SILVA, cujo o condutor no momento do
acidente era JONATAS DA SILVA LOPES.

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA/CG 125 FAN HS
Ano: 2011/2011
Placa: OCR 8362
Chassi: 9C2JC4110BR460847
Data do Acidente: 16/10/2017

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
BARBALHA - CE



Local e Data: BARBALHA - CE 10/12/2018



Carlos Vitor da Silva
(Assinatura do Declarante)

Jonatas da Silva Lopes
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

07 JAN 2019

RECEBIDO

OBS: Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade



Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

16/10/2017

Data de Emissão

Unidade Prestadora: HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO

Dados do Paciente

SENHA:

Usuário do Cadastro:
Usuário do Atendimento:

DBAMV
SCOSTA

Nome: JOSE ALISSON DA SILVA

Paciente: 50049

Atendimento



3120034

Nome da Mãe: MARIA DA SILVA VITOR

Sexo: MASCULINO

Data Nascimento: 31/05/1997

Idade: 20 Anos / 4 Meses / 16 Dias

Endereço: RUA PROJETADA H

Bairro: PARQUE BULANDEIRA

CEP: 63180000

Cidade: BARBALHA

Telefone: 35327100

Profissão Declarada: ESTUDANTE

Número: 343

Dados do Atendimento

Data: 16/10/2017

Hora: 10:33:42

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT

Queixas:

T:

PA:

P:

FARMACOVIGILÂNCIA Alérgico: () Sim () Não A que?

Hora médica: _____

PACIENTE SOFROU ACIDENTE DE TRANSITO (MOTOCICLETA).
CHEGA COM LESÃO COSTO-CONTUSA EM CALCÂNEO DIREITO
E FRATURA DE TÍBIA E FIBULA D

Hipótese Diagnóstica:

Cód. COD 10:

☐ Imagem: RX PERNA

☐ Laboratório:

☒ Outros: SUTURA + TALA

Procedimento

DIREITO AP/PERFIL + RX TORNZELO D HIPERFLEX

Conduta

INTERNAÇÃO

Assinatura do Paciente ou Responsável

Marcelo Parente Oliveira
Ortopedia / Traumatologia
CREMEC 13172

MARCELO PARENTE OLIVEIRA
CRM 13172





**HOSPITAL MATERNIDADE
SÃO VICENTE DE PAULO**

Av. Cel. João Coelho, 299- Barbalha - Ceará

Nome:

Dr. Alisson da Silva

Nº doc. _____

→ Lourdes

→ Orient. vitais de

orientar de trânsito (sic)

For tratado cirurgicamente por
fratura em ossa de perna

e haste intramedular bloqueada

Está hoje de alta definitiva de
tratamento.

Dr. Alisson da Silva
Cirurgião e Traumatologista
CRM 13.522

Dr. (a)

950118

Voltando à consulta traga esta receita

50.474



Atendimento: 3121420
Dt. Internação: 17/10/2017 - 09:59
Paciente: 50049 JOSE ALISSON DA SILVA

Dt. Alta: 30/10/2017 - 07:21

Serviço: 15 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CIRURGICA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

END: 256 ABT 13-2

Plano: 1 PLANO UNICO

Atividade: 1 ALTA MELHORA

Usuário: JVLUNA

END: 5522

FRATURA DA DIÁFISE DA TIBIA

Tratamento Cirúrgico de Fratura da Diáfise da Tibia

Assunto: Alta

1. PACIENTE JOSE ALISSON DA SILVA, 15 ANOS, 2º DIA DE ÚLTIMA SINTOMATICA EM TUBIA DIREITA COM USO DE PLACA

2. PACIENTE EM ESTADO DE SAUDE ESTABILIZADO

3. PACIENTE EM ESTADO DE SAUDE ESTABILIZADO, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, CONSCIENTE E ORIENTADO, RESTRITO AO

4. PACIENTE EM ESTADO DE SAUDE ESTABILIZADO

5. PACIENTE EM ESTADO DE SAUDE ESTABILIZADO, AFEBRIL, HIDRATADO E NORMOCORADO

6. PACIENTE EM ESTADO DE SAUDE ESTABILIZADO

7. PACIENTE EM ESTADO DE SAUDE ESTABILIZADO, BILATERALMENTE

8. PACIENTE EM ESTADO DE SAUDE ESTABILIZADO, SEM VISCEROMEGALIAS RHIA

9. PACIENTE EM ESTADO DE SAUDE ESTABILIZADO, EDEMA EM PERNA DIREITA (1+4+) COM HEMATOMA IMPORTANTE

10. PACIENTE EM ESTADO DE SAUDE ESTABILIZADO

11. PACIENTE EM ESTADO DE SAUDE ESTABILIZADO, SOBRE RETORNO, MEDICAÇÕES DE USO DOMICILIAR E CUIDADOS PÓS-

Dr. (a) MARCELO PARENTE OLIVEIRA

CRM

13152

Endereço: Rua do

Ortopedia e Traumatologia

Cidade: São Paulo

CEP: 05508-900

09/10/17

07.00hs.

3532-700

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

WWW.SAOVICENTE.ORG.BR





Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

Radiologia - HMSVP

Atendimento: 3198352
50049 - JOSE ALISSON DA SILVA
Paciente.....:
Solicitante.....: CASSIO MURILO DA SILVA
Convênio.....: SUS - AMBULATORIO
Bloco.....: SERVICO DE TRAUMA/ORTOPEDIA

Pedido...: 804991
Idade.....: 20a 7m 26d

Atendido.: 19/01/2018
Laudado..: 19/01/2018

PERNA DIREITA

- Fraturas completas dos terços distais da tíbia e da fíbula em fase de consolidação, notando-se haste metálica intramedular tibial.

JOSÉ AÉCIO DE ARAÚJO SANTANA
CRM 2334





Ficha de Anamnese de Internação

P: 60
Cl: 169

17/10/2017
Data de Emissão

Unidade Prestadora: HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO

SENHA:

Dados do Paciente

Usuário do Cadastro: CBAMV
Usuário do Atendimento: LUNIOR

Nome: JOSE ALISSON DA SILVA

Paciente: 50049

Sexo: MASCULINO Data Nascimento: 31/05/1997

Idade: 20 Anos / 4 Meses / 17 Dias

Nome da Mãe: MARIA DA SILVA VITOR

Nome do Pai: FRANCISCO SEVERINO DA SILVA

Endereço: RUA PROJETADA H

Bairro: PARQUE BULANDEIRA

CEP: 63180000

Cidade: BARBALHA

Telefone: 992571803

Profissão Declarada: ESTUDANTE

Atendimento



3121420

Número: 343

Dados do Atendimento

Data: 17/10/2017

Hora: 09:59:14

Convênio: SUS - INTERNACAO

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

SAME: 3234193

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA

Unidade: BLOCO I

Leito: APTO 9-1

Maria da Silva Vitor
Assinatura do Paciente ou Responsável

RESUMO DE TRATAMENTO

História da doença atual:

Paciente vítima de acidente de moto, com apresentação com exame radiográfico evidenciando fratura diafisária em tibia e fíbula (D)

Antecedentes:

Nega alergias/comorbidades.

I.S.

SABEMI SEGURADORA S/A

07 JAN 2019

RECEBIDO

Exame Físico:

AAA, marmocrômica, hidratada / ACV: BCUE, EM 2T, S/S / AR: MV+ SINA / QSD: RHAQ / MOVIMENTO PRESERVADO E S/SIMAS DE ISQUEMIA EM REGIÃO DISTAL À FRATURA

Hipótese Diagnóstica:

FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA E FÍBULA (D)

Diagnóstico Definitivo:

FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA E FÍBULA (D)

Alta em: 30-10-17

Condições de Alta:

MARCELO PARENTE OLIVEIRA
CRM 13172



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

Radiologia - HMSVP

Atendimento: 3198352
50049 - JOSE ALISSON DA SILVA
Paciente.....:
Solicitante.....: CASSIO MURILO DA SILVA
Convênio.....: SUS - AMBULATORIO
Bioco.....: SERVICO DE TRAUMA/ORTOPEDIA

Pedido...: 804991
Idade.....: 20a 7m 26d

Atendido.: 19/01/2018
Laudado...: 19/01/2018

PERNA DIREITA

- Fraturas completas dos terços distais da tibia e da fibula em fase de consolidação, notando-se haste metálica intramedular tibial.

JOSE AÉCIO DE ARAÚJO SANTANA
CRM 2334



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Anotações de Enfermagem

29/10/2017
05:16:57
MVIANA

Paciente: 00050049 JOSE ALISSON DA SILVA
Atendimento: 03121420
Unidade: APARTAMENTO SIMPLES
Médico: MARCELO PARENTE OLIVEIRA

Convênio: SUS - INTERNACAO
Leito: , BLOCO I, APTO 8-2
Serviço: ORTOPEdia E TRAUMAT
CIRURGICA

Anotações de Enfermagem

28/10/17

#20h, com queixas de fortes algias, medicado conforme prescrição.

#22h, cliente em p.o.i, mantendo M.I.D enfaixado curativo secretivo, nega algias no momento, bom padrão respiratório, diurese espontânea, sob cuidados da Enfermagem medicado conforme prescrição, PA=120x80mmHg T=37.6°C

29/10/2017

05h, segue sem intercorrência, aos cuidados.

Maria Iolanda

----- Maria Iolanda Viana COREN 940918

28

42 VIA

Reference: 11
 1/2/2012

9991420

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CONCLUSIONS

2nd. Objective	EN	AP	Frequency	Date Reached
1 AM- C/2ML	E	IV	8x/8hrs	

10-10-68 HAWT SOL. 83 AMP COM.
OKT 22 22 44 5 25 10-10-68

AGUA DESTILADA ESTERIL 10ML

AMPOLA

* 100% THERMAL STABILIZATION
* 100% THERMAL STABILIZATION
* 100% THERMAL STABILIZATION

1.5450.000 IV 2015/14

DATE: 10-10-68

1999年12月 5 期 第10页

PRÁGMA FERTILIZADA ESTERIL 100ML

AMPC-L

* 201-506-1136 TOLL FREE TELFAX
1-800-451-1136

I FRASC. 12500 IV S. A. 110 CIE

* <http://www.chemed.org>
 * <http://www.chemed.org>

IV 32 hr/2hr

Ques: $\frac{1}{1000} \cdot 1000 = 1$ (A, B, C, D, E)

DATA JOURNAL SUBCUTANEA L000
JCLDMS ASP 00768

AMP C-0.25M	SC	1216/02F3
-------------	----	-----------

1-3701 EICAF-A

Wave Length	300-400	Frequency in Wave	Direction of Polarization
1			(28.1°C) ± 2

* 1998* 1999* 2000* 2001* 2002* 2003* 2004* 2005* 2006* 2007* 2008* 2009* 2010* 2011* 2012* 2013* 2014* 2015* 2016* 2017* 2018* 2019* 2020* 2021* 2022* 2023* 2024* 2025* 2026* 2027* 2028* 2029* 2030* 2031* 2032* 2033* 2034* 2035* 2036* 2037* 2038* 2039* 2040* 2041* 2042* 2043* 2044* 2045* 2046* 2047* 2048* 2049* 2050* 2051* 2052* 2053* 2054* 2055* 2056* 2057* 2058* 2059* 2060* 2061* 2062* 2063* 2064* 2065* 2066* 2067* 2068* 2069* 2070* 2071* 2072* 2073* 2074* 2075* 2076* 2077* 2078* 2079* 2080* 2081* 2082* 2083* 2084* 2085* 2086* 2087* 2088* 2089* 2090* 2091* 2092* 2093* 2094* 2095* 2096* 2097* 2098* 2099* 2100* 2101* 2102* 2103* 2104* 2105* 2106* 2107* 2108* 2109* 2110* 2111* 2112* 2113* 2114* 2115* 2116* 2117* 2118* 2119* 2120* 2121* 2122* 2123* 2124* 2125* 2126* 2127* 2128* 2129* 2130* 2131* 2132* 2133* 2134* 2135* 2136* 2137* 2138* 2139* 2140* 2141* 2142* 2143* 2144* 2145* 2146* 2147* 2148* 2149* 2150* 2151* 2152* 2153* 2154* 2155* 2156* 2157* 2158* 2159* 2160* 2161* 2162* 2163* 2164* 2165* 2166* 2167* 2168* 2169* 2170* 2171* 2172* 2173* 2174* 2175* 2176* 2177* 2178* 2179* 2180* 2181* 2182* 2183* 2184* 2185* 2186* 2187* 2188* 2189* 2190* 2191* 2192* 2193* 2194* 2195* 2196* 2197* 2198* 2199* 2200* 2201* 2202* 2203* 2204* 2205* 2206* 2207* 2208* 2209* 2210* 2211* 2212* 2213* 2214* 2215* 2216* 2217* 2218* 2219* 2220* 2221* 2222* 2223* 2224* 2225* 2226* 2227* 2228* 2229* 2230* 2231* 2232* 2233* 2234* 2235* 2236* 2237* 2238* 2239* 2240* 2241* 2242* 2243* 2244* 2245* 2246* 2247* 2248* 2249* 2250* 2251* 2252* 2253* 2254* 2255* 2256* 2257* 2258* 2259* 2260* 2261* 2262* 2263* 2264* 2265* 2266* 2267* 2268* 2269* 2270* 2271* 2272* 2273* 2274* 2275* 2276* 2277* 2278* 2279* 2280* 2281* 2282* 2283* 2284* 2285* 2286* 2287* 2288* 2289* 2290* 2291* 2292* 2293* 2294* 2295* 2296* 2297* 2298* 2299* 2300* 2301* 2302* 2303* 2304* 2305* 2306* 2307* 2308* 2309* 2310* 2311* 2312* 2313* 2314* 2315* 2316* 2317* 2318* 2319* 2320* 2321* 2322* 2323* 2324* 2325* 2326* 2327* 2328* 2329* 2330* 2331* 2332* 2333* 2334* 2335* 2336* 2337* 2338* 2339* 2340* 2341* 2342* 2343* 2344* 2345* 2346* 2347* 2348* 2349* 2350* 2351* 2352* 2353* 2354* 2355* 2356* 2357* 2358* 2359* 2360* 2361* 2362* 2363* 2364* 2365* 2366* 2367* 2368* 2369* 2370* 2371* 2372* 2373* 2374* 2375* 2376* 2377* 2378* 2379* 2380* 2381* 2382* 2383* 2384* 2385* 2386* 2387* 2388* 2389* 2390* 2391* 2392* 2393* 2394* 2395* 2396* 2397* 2398* 2399* 2400* 2401* 2402* 2403* 2404* 2405* 2406* 2407* 2408* 2409* 2410* 2411* 2412* 2413* 2414* 2415* 2416* 2417* 2418* 2419* 2420* 2421* 2422* 2423* 2424* 2425* 2426* 2427* 2428* 2429* 2430* 2431* 2432* 2433* 2434* 2435* 2436* 2437* 2438* 2439* 2440* 2441* 2442* 2443* 2444* 2445* 2446* 2447* 2448* 2449* 2450* 2451* 2452* 2453* 2454* 2455* 2456* 2457* 2458* 2459* 2460* 2461* 2462* 2463* 2464* 2465* 2466* 2467* 2468* 2469* 2470* 2471* 2472* 2473* 2474* 2475* 2476* 2477* 2478* 2479* 2480* 2481* 2482* 2483* 2484* 2485* 2486* 2487* 2488* 2489* 2490* 2491* 2492* 2493* 2494* 2495* 2496* 2497* 2498* 2499* 2500* 2501* 2502* 2503* 2504* 2505* 2506* 2507* 2508* 2509* 2510* 2511* 2512* 2513* 2514* 2515* 2516* 2517* 2518* 2519* 2520* 2521* 2522* 2523* 2524* 2525* 2526* 2527* 2528* 2529* 2530* 2531* 2532* 2533* 2534* 2535* 2536* 2537* 2538* 2539* 2540* 2541* 2542* 2543* 2544* 2545* 2546* 2547* 2548* 2549* 2550* 2551* 2552* 2553* 2554* 2555* 2556* 2557* 2558* 2559* 2560* 2561* 2562* 2563* 2564* 2565* 2566* 2567* 2568* 2569* 2570* 2571* 2572* 2573* 2574* 2575* 2576* 2577* 2578* 2579* 2580* 2581* 2582* 2583* 2584* 2585* 2586* 2587* 2588* 2589* 2590* 2591* 2592* 2593* 2594* 2595* 2596* 2597* 2598* 2599* 2600* 2601* 2602* 2603* 2604* 2605* 2606* 2607* 2608* 2609* 2610* 2611* 2612* 2613* 2614* 2615* 2616* 2617* 2618* 2619* 2620* 2621* 2622* 2623* 2624* 2625* 2626* 2627* 2628* 2629* 2630* 2631* 2632* 2633* 2634* 2635* 2636* 2637* 2638* 2639* 2640* 2641* 2642* 2643* 2644* 2645* 2646* 2647* 2648* 2649* 2650* 2651* 2652* 2653* 2654* 2655* 2656* 2657* 2658* 2659* 2660* 2661* 2662* 2663* 2664* 2665* 2666* 2667* 2668* 2669* 2670* 2671* 2672* 2673* 2674* 2675* 2676* 2677* 2678* 2679* 2

Lowe JGB 10

Dr. Thiago Leal
Ortopedia e Traumatologia
Clínica do Joelho
CRM: 13495 TEPT: 13030
WWW.SOCIEDADEORTOPEDIA.COM

HOSPITAL MA IFF SAO VICENTE DE PAULO
RUA LUIZ DE SISSANE DE GONCALVES 100
Bairro da Presença / Curitiba

Página: 012
Emis: 20/10/2017 09:00
Data: 20/10/2017 09:00

PACIENTE: 1084540 DATA: 20/10/2017 19:00
NOME: MARIA
NASCIMENTO: 31/12/1990 G1 BASE: 31/12/1990 (20A EM 30D)
PLACENTA: 308 - INTERNAÇÃO
NOME: 51003 - JOSE ALISSON DA SILVA
NOME: ALICIA - SUP COAPORADA
INTERNAÇÃO: 17/10/2017 09:59 12 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM

1. CUIDADOS GERAIS

2. APERTE SINAIS VITAIS

Cid. Unificada	SN. At	Frequência	Data	Horário
		Continua	20/10	17
		Shs/shs	20/10	17
			30/10	00.00

ALUNO ACIDENTADO
CRM: 000306

	<i>Hospital Maternidade São Vicente de Paulo</i>	29/10/2017
	<i>Evolução Médica</i>	09:09:45
		BFAE

Paciente: 00050049 JOSE ALISSON DA SILVA
Atendimento: 03121420

Unidade: APARTAMENTO SIMPLES

Médico: MARCELO PARENTE OLIVEIRA

Convênio: SUS -

INTERNACAO

Leito: BLOCO L APTO
8-2

Serviço: ORTOPEDIA E
TRAUMAT
CIRURGICA

Evolução Médica

PACIENTE JOSE ALISSON DA SILVA, 4º DIA 1º DPO DE OSTEOSSINTESE EM TIBIA DIREITA.

1. Placa e Parafusos abertos em 1 hora cirúrgica e placa direita - Aguarda tratamento cirúrgico
2. Insuficiência respiratória aguda (superior): LPA (Lesão Pulmonar Aguda - SARA) [8/10/17] leve superior

3. Analgésicos (137/117) e Analgésicos (135/105)

Evolução: Paciente evoluindo estável, respirando em ar ambiente, consciente e orientado, mantendo-se hidratado e evacuações presentes.

4. T. 37,0, orientado, capnômetro, apnéico, afébril, hidratado e normocorado.

AsV: RCR em 2V, BUNF, S/S.

AB: MV diminuído em bases, bilateralmente.

Abd. plano, sem dor a palpação superficial ou profunda, sem visceromegalias, RHA.

Ext: Boa perfusão periférica, edema em perna direita (1/4+) com hematoma importante.

Sx: Exame de 15 (RM 0; RV 5; AD 4).

MANUTENÇÃO DE SINTOMÁTICOS:

VIGILÂNCIA PRESSÓRICA E DE SINAIS VITAIS:

ALTA PROGRAMADA DE AMANHÃ.

Dr. Thiago Leal
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM: 10488 RBO 13080

ALUNA ACADÊMICA
CRM: 003063



**Hospital Maternidade São Vicente
de Paulo**
Anotações de Enfermagem

29/10/2017
11:44:46
MARIADS

Paciente: 00050049 JOSE ALISSON DA SILVA
Atendimento: 03121420
Unidade: APARTAMENTO SIMPLES
Médico: MARCELO PARENTE OLIVEIRA

Convênio: SUS - INTERNACAO
Leito: , BLOCO 1, APTO 8-2
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT
CIRURGICA

Anotações de Enfermagem

29/10/2017

9:00HS, cliente no 1º DPO de fratura de tibia ,mantendo M.I.D enfaixado, nega algias no momento, bom padrão respiratório, diurese espontânea, sob cuidados da Enfermagem medicado.

PA=120X80MMHG.

T=35.1C°

Mª DANIELE DA SILVA VIEIRA=
COREN-927273



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Anotações de Enfermagem

30/10/2017
05:28:27
DSCRUZ

Paciente: 00050049JOSE ALISSON DA SILVA
Atendimento: 03121420
Unidade: APARTAMENTO SIMPLES
Médico: MARCELO PARENTE OLIVEIRA

Convênio: SUS - INTERNACAO
Leito: , BLOCO I. APTO 8-2
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT
CIRURGICA

Anotações de Enfermagem

29/10/2017

18:45'

Aferido T = 38.3°C. Foi medicado conforme prescrição médica.

20:00

Paciente mantendo AVP para medicação prescrita. Realizado o curativo em MID, mantido cobertura seca e enfaixamento local. Sem queixas no momento.

PA = 100/80 mmHg T = 37.7°C

23:00

Aferido T = 37.2°C


Deocleciana dos Santos COREN 343555

PRESCRIÇÃO: 1086722 DATA: 30/10/2017 12:00
UNIDADE: LULLNA
ATENDIMENTO: 3121420 DT NASC: 31/05/1987 (20A 3M 0D)
CONVENIO: SUS - INTERNACAO
PACIENTE: 50049 - JOSE ALISSON DA SILVA
SEXO: ALUNA RUA: RUA CORPOREIA
INTERNAÇÃO: 17/10/2017 09:59 13 DIAS(5) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

3121420

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTO DE ALTA
1 2 1A MEDICA

Ord. Unidada SN Ag. Frequência Data Horários

Dr. Cassio Marão de Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM - 6602
CPF - 34531348372

Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Evolução Médica

30/10/2017

07:26:12
JVLUNA

Paciente: 000500-9 JOSE ALISSON DA SILVA
Assadimento: 03121420

Unidade: APARTAMENTO SIMPLES

Médico: MARCELO PARENTE OLIVEIRA

Convênio: SUS -

INTERNACAO

Leito: BLOCO I, APTO
8-2

Serviço: ORTOPEDIA E
TRAUMAT
CIRURGICA

Evolução Médica

PACIENTE JOSE ALISSON DA SILVA, 15º DIA, 2º DPO DE OSTEOSSINTESE EM TIBIA DIREITA.

HISTÓRIA: Trauma. Queda em Tibia direita e Fíbula direita.

Tratamento: Lesão respiratória aguda (superior): LPA (Lesão Pulmonar Aguda - SARA) bilateral e superior.

Tratamento: Ceftriaxona (127-127) e Azitromicina (125/125)

Evolution: Paciente evoluindo estável, respirando em ar ambiente, consciente e orientado, estável no leito. Diurese e evacuações presentes.

Exame:

Exame físico: apresentando: curvatura anatômica, alvearil, hidratado e normocórico.

Arterial: R/R em 71/40 mmHg, S/S.

AR: MV diminuído em bases, bilateralmente.

Abd: plano, sem dor a palpação superficial ou profunda, sem visceromegalias, RHA -

Exame: boa perfusão periférica, edema em perna direita (1+/4 -) com hematoma importante

SN: Glasgow de 15 (RM 5; RV 5; AO 4).

Exame:

alta médica

Dr. Cassio Marito da Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM - 6002
CPF - 34631543372

ALJO ACADEMICO
CRM - 003002



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Anotações de Enfermagem

30/10/2017

11:42:07

JSSILVA

Paciente: 00050049 JOSE ALISSON DA SILVA

Atendimento: 03121420

Unidade: APARTAMENTO SIMPLES

Médico: MARCELO PARENTE OLIVEIRA

Convênio: SUS - INTERNACAO

Leito: , BLOCO I, APTO 8-2

Serviço: ORTOPEDIA E TRALMAT
CIRURGICA

Anotações de Enfermagem

30/10/17

08h, cliente calmo em uso de enfaixamento limpo em MID, AVP, segue aos cuidados sem intercorrências.

pa=120x70mmhg

t=36.7°C

11:35h, cliente calmo retirado AVP, liberado cliente para alta hospitalar, indo para casa por chegada de transporte.


jacqueline santos 558190



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

ESCALA DE BRADEN

Data: 23/10/2017 16:45:39

Paciente: 00050049 - JOSE ALISSON DA SILVA
Atendimento: 03121420
Unidade: BLOCO I, APTO 9-2
Médico: MARCELO PARENTE OLIVEIRA

Convênio: SUS - INTERNACAO
Leito: APARTAMENTO SIMPLES
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CIRURGICA

ESCALA DE BRADEN

LESÃO POR PRESSÃO: Admissão no HMSVP: sem LP ☐ - com LP ☐ Estágio:
Entrada no Setor: sem LP ☒ - com LP ☐ Estágio
Saída: sem LP ☐ - com LP ☐ Estágio

	Data: 18/10/2017	Data: 23/10/2017	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:
PERCEPÇÃO SENSORIAL	4	4					
UMIDADE	3	3					
ATIVIDADE	1	1					
MOBILIDADE	4	4					
NUTRIÇÃO	4	4					
FRICÇÃO E CISCALHAMENTO	2	3					
TOTAL	18	19					
LP DURANTE A INTERNACÃO	não	não					
RUBRICA	Meline Macêdo	Meline Macêdo					

> OU = 19: SEM RISCO; 15-18: RISCO; 13-14: RISCO MODERADO; 10-12: ALTO RISCO; < OU = 9: ALTÍSSIMO RISCO

ESCORE PARA AVALIAÇÃO DE RISCO	1	2	3	4
PERCEPÇÃO SENSORIAL	COMPLETAMENTE LIMITADO: NÃO RESPONDE A ESTÍMULOS DOLOROSOS.	MUITO LIMITADO: NÃO CONSEGUE COMUNICAR O DESCONFORTO	LEVEMENTE LIMITADO: NEM SEMPRE CONSEGUE COMUNICAR O DESCONFORTO OU NECESSIDADE DE SER MUDADO DE POSIÇÃO.	NENHUMA LIMITAÇÃO: VERBALIZA DOR OU DESCONFORTO.
UMIDADE	CONSTANTEMENTE UMIDA: A UMIDADE É PERCEBIDA CADA VEZ QUE O PACIENTE É MOVIMENTADO OU POSICIONADO.	MUITO UMIDA: A ROUPA DE CAMA PRECISA SER TROCADE PELO MENOS UMA VEZ DURANTE O PLANO.	OCASIONALMENTE UMIDA: NECESSITANDO DE TROCA DE ROUPA DE CAMA UMA VEZ POR DIA.	RARAMENTE UMIDA: A PELE GERALMENTE ESTÁ SECA.
ATIVIDADE	ACAMADO: MANTÉM-SE SEMPRE NO LEITO.	RESTRITO A CADEIRA: PRECISA SER AJUDADO PARA SENTAR-SE EM CADEIRA.	CAMINHA OCASIONALMENTE: PASSA MAIOR PARTE DO TEMPO NA CAMA OU NA CADEIRA.	CAMINHA FREQUENTEMENTE.
MOBILIDADE	COMPLETAMENTE IMOBILIZADO: NÃO FAZ NENHUM MOVIMENTO DO CORPO.	MUITO LIMITADO: FAZ PEQUENAS MUDANÇAS NO ENTANTO, É INCAPAZ DE FAZER MUDANÇAS SIGNIFICANTES SEM AJUDA.	LEVEMENTE LIMITADO: FAZ MUDANÇAS FREQUENTES, EMBORA PEQUENAS.	NENHUMA LIMITAÇÃO.
NUTRIÇÃO	MUITO POBRE: ESTÁ EM JEJUM OU MANTIDO EM DIETA DE LÍQUIDOS CLAROS OU HIDRATAÇÃO ENDOVENOSA POR MAIS DE CINCO DIAS.	PROVAVELMENTE INADEQUADA: RARAMENTE FAZ UMA REFEIÇÃO COMPLETA.	ADEQUADA: COME MAIS DE METADE NA MAIOR PARTE DAS REFEIÇÕES. ESTÁ RECEBENDO DIETA POR SONDA OU NUTRIÇÃO PARENTERAL TOTAL.	EXCELENTE: NÃO RECUA A ALIMENTAÇÃO.
FRICÇÃO E CISCALHAMENTO	PROBLEMA: NECESSITA ASSISTÊNCIA MODERADA OU ASSISTÊNCIA MÁXIMA PARA MOVER-SE É IMPOSSÍVEL LEVANTAR-SE COMPLETAMENTE SEM ESFREGAR-SE CONTRA OS LENÇÓIS.	POTENCIAL PARA PROBLEMA: DE VEZ EM QUANDO ESCORREGA PARA BAIXO.	NENHUM PROBLEMA APARENTE: MOVIMENTA-SE INDEPENDENTE NA CAMA OU NA CADEIRA.	

Marcelo



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

Radiologia Centro de Imagem - HMSVP

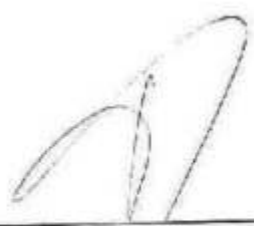
Atendimento: 3121420
50049 - JOSE ALISSON DA SILVA
Paciente.....;
Solicitante.....: CARLA SILVA NOBRE ROCHA PESSOA
Convênio.....: SUS - INTERNACAO
Bloco.....: BLOCO I - CLIN CIRURGICA

Pedido...: 788159
Idade.....: 20a 5m 1d

Atendido.: 17/10/2017
Laudado...: 19/10/2017

TORAX PA

- Condensações heterogêneas extensas acometendo ambos pulmões.
- Seios costofrênicos livres.
- Área cardíaca normal.



JOSE AÉCIO DE ARAÚJO SANTANA
CRM 2334

Atendimento: 3121420

Data de Atendimento: 17/10/2017 - 09:59

Data de Alta: 30/10/2017 - 07:21

Paciente: 50049 JOSE ALISSON DA SILVA

Serviço: 15 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CIRURGICA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 265 APLO 2-2

Plano: 1 PLANO UNICO

Gravidade: 1 ALTA MELHORADA

Leuário: JVLUNA

CID: S922

FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

Procedimento de Alta: 0405050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

Observação de Alta

ACIDENTE JOSE ALISSON DA SILVA, 15º DIA, 2º DPO DE OSTEOSSÍNTESE EM TÍBIA DIREITA COM USO DE HASTE
E LAZ VETIMACONA (DPO7) E AZITROMICINA (DS/D5).

EVOLUÇÃO: PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, CONSCIENTE E ORIENTADO, RESTRITO AO
LITO DIURNE E EVACUAÇÕES PRESENTES

ACIDENTE ORIENTADO, LÚCIDO, ACANOTICO, AFEBRIL, HIDRATADO E NORMOCORADO.

APETITE EM 21, BOM S/S

AR NÃO DIMINUIDO EM BASES BILATERALMENTE.

ABDOMEN SEM DOR A PALPAÇÃO SUPERFICIAL OU PROFUNDA, SEM VISCEROMEGALIAS RHA +

EXTENSÃO PERIFÉRICA, EDEMA EM PERNA DIREITA (1HA+) COM HEMATOMA IMPORTANTE
PROLONGANDO-SE DE 15 CM DO PVS AO 4)

PACIENTE RECEBEU ALTA COM ORIENTAÇÕES SOBRE RETORNO, MEDICAÇÕES DE USO DOMICILIAR E CUIDADOS POS-
CIRURGICOS

Dr. MARCELO PARENTE OLIVEIRA

CRM 13172

CRM 13172 - Silveira

CRM 13172 - Ortopedia

CRM 13172 - Ortopedia

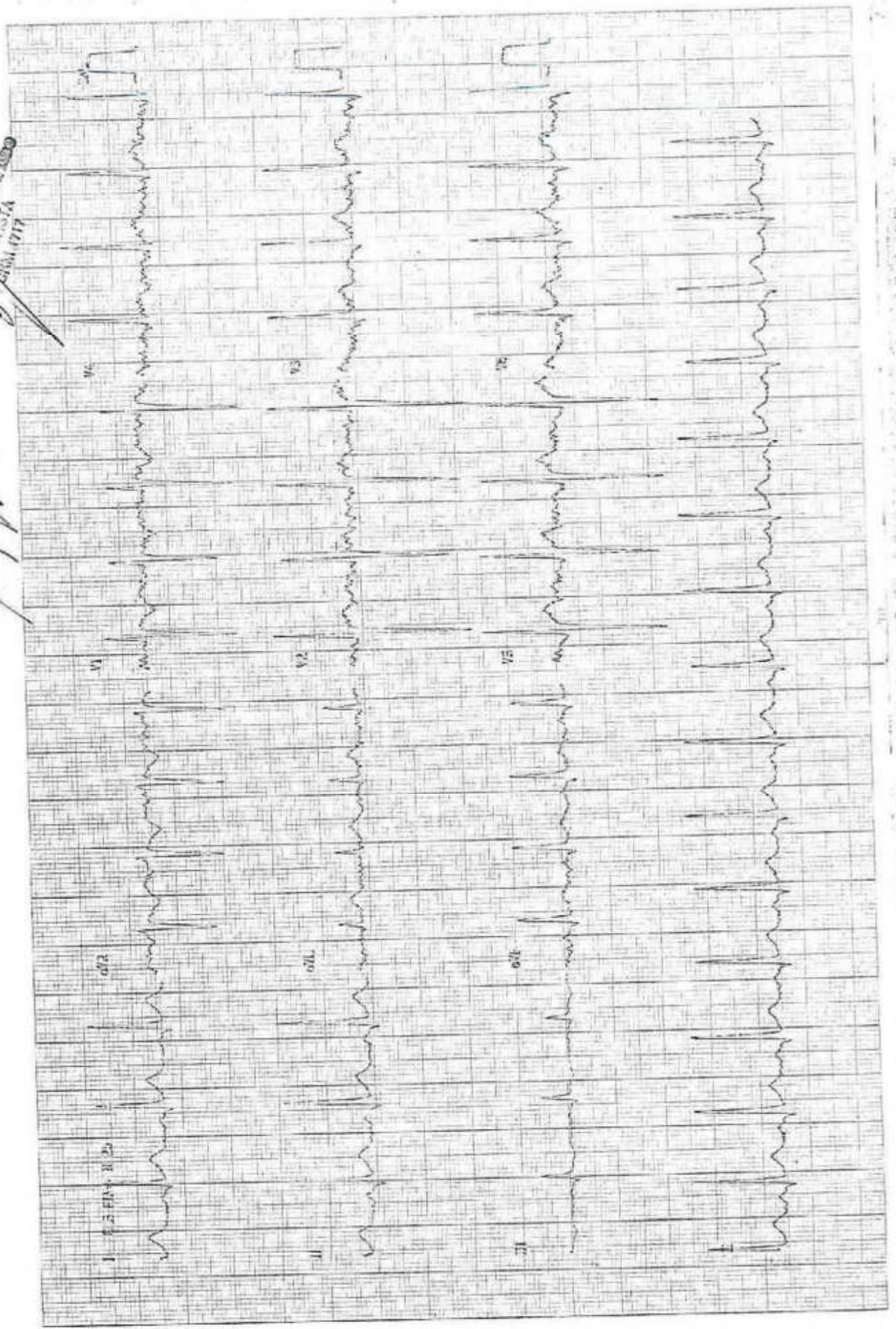
CRM 13172 - Ortopedia

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

WWW.SAOVICENTE.ORG.BR

UT I - A
AT = 3121420

[Handwritten signature]
John A. F. 1717





Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

ESCALA DE BRADEN

Data: 24/02/2017 14:46:35

Paciente : 00050349 - JOSE ALISSON DA SILVA
Atendimento : 03121420
Unidade : , UTI ADULTO, U T I ADULTO 110-5
Médico : MARCELO PARENTE OLIVEIRA

Convênio : SUS - INTERNAÇÃO
Leito : UTI - ADULTO
Serviço : ORTOPEDIA E TRAUMATOLÓGICA

ESCALA DE BRADEN

LESÃO POR PRESSÃO: Admissão no HMSVP: sem LP ☐ - com LP ☐ Estágio:
Entrada no Setor: sem LP ☒ - com LP ☐ Estágio:
Saída: sem LP ☒ - com LP ☐ Estágio:

	Data: 23/12	Data: 24/02	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:
PERCEPÇÃO SENSORIAL	4	4					
UMIDADE	3	3					
ATIVIDADE	1	1					
MOBILIDADE	2	3					
NUTRIÇÃO	4	4					
FRICÇÃO E CISCALHAMENTO	2	2					
TOTAL	16	17					
LP DURANTE A INTERNAÇÃO	Sem LP	Sem LP					
RUBRICA	Tn ago	Rômulo					

> OU = 19: SEM RISCO; 15-18: RISCO; 13-14: RISCO MODERADO; 10-12: ALTO RISCO; < OU = 9: ALTÍSSIMO RISCO

ESCORE PARA AVALIAÇÃO DE RISCO	1	2	3	4
PERCEPÇÃO SENSORIAL	COMPLETAMENTE LIMITADO: NÃO RESPONDE A ESTÍMULOS DOLOROSOS	MUITO LIMITADO: NÃO CONSEGUE COMUNICAR O DESCONFORTO	LEVEMENTE LIMITADO: NEM SEMPRE CONSEGUE COMUNICAR O DESCONFORTO OU NECESSIDADE DE SER MUDADO DE POSIÇÃO.	NENHUMA LIMITAÇÃO: VERBALIZA DOR OU DESCONFORTO.
UMIDADE	CONSTANTEMENTE UMIDA: A UMIDADE É PERCEBIDA CADA VEZ QUE O PACIENTE É MOVIMENTADO OU POSICIONADO.	MUITO UMIDA: A ROUPA DE CAMA PRECISA SER TROCADA PELO MENOS UMA VEZ DURANTE O PLANTÃO.	OCASIONALMENTE UMIDA: NECESSITANDO DE TROCA DE ROUPA DE CAMA UMA VEZ POR DIA.	RARAMENTE UMIDA: A PELE GERALMENTE ESTÁ SECA.
ATIVIDADE	ACAMADO: MANTÉM-SE SEMPRE NO LEITO.	RESTRITO A CADEIRA: PRECISA SER AJUDADO PARA SENTAR-SE EM CADEIRA.	CAMINHA OCASIONALMENTE: PASSA MAIOR PARTE DO TEMPO NA CAMA OU NA CADEIRA.	CAMINHA FREQUENTEMENTE
MOBILIDADE	COMPLETAMENTE IMOBILIZADO: NÃO FAZ NENHUM MOVIMENTO DO CORPO.	MUITO LIMITADO: FAZ PEQUENAS MUDANÇAS NO ENTANTO, É INCAPAZ DE FAZER MUDANÇAS SIGNIFICANTES SEM AJUDA.	LEVEMENTE LIMITADO: FAZ MUDANÇAS FREQUENTES, EMBORA PEQUENAS.	NENHUMA LIMITAÇÃO
NUTRIÇÃO	MUITO POBRE: ESTÁ EM JEJUM OU MANTIDO EM DIETA DE LÍQUIDOS CLAROS OU HIDRATAÇÃO ENDOVENOSA POR MAIS DE CINCO DIAS.	PROVAVELMENTE INADEQUADA: RARAMENTE FAZ UMA REFEIÇÃO COMPLETA.	ADEQUADA: COME MAIS DE METADE NA MAIOR PARTE DAS REFEIÇÕES. ESTÁ RECEBENDO DIETA POR SONDA OU NUTRIÇÃO PARENTERAL TOTAL.	EXCELENTE: NÃO RECUSA A ALIMENTAÇÃO.
FRICÇÃO E CISCALHAMENTO	PROBLEMA: NECESSITA ASSISTÊNCIA MODERADA OU ASSISTÊNCIA MÁXIMA PARA MOVER-SE, E IMPOSSÍVEL LEVANTAR-SE COMPLETAMENTE SEM ESFREGAR-SE CONTRA OS LENÇÓIS.	POTENCIAL PARA PROBLEMA: DE VEZ EM QUANDO ESCORREGA PARA BAIXO.	NENHUM PROBLEMA APARENTE: MOVIMENTA-SE INDEPENDENTE NA CAMA OU NA CADEIRA.	



HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO

SOLICITAÇÃO DE VAGA DE UTI

BLOCO I

Paciente JOSÉ ALISSON DA SILVA, 20 anos, sofreu acidente motociclistico no dia 16/10/2017, apresentando fraturas diafisárias de tíbia e fíbula direitas, sendo no dia do internamento descartadas lesões em outros sistemas. O paciente vem apresentando febre desde o 2º DHI, com presença de leucocitose no hemograma de 19/10 (17300, com 2% de bastões), associado a creptos difusos em ambos os hemitórax, dispnéia com respiração abdominal, taquipnéia (52 irpm) e tosse cheia, acompanhada de hemoptise, dessaturação frequente. Apresenta também compressão de tecidos moles circunjacentes à fratura pela mesma, com risco de rompimento. Feita TC de pulmão, porém aguardo laudo. Em uso de hidrocortisona, nebulização com berotec e ipratrópio, tramadol fixo 8/8h, D2 de ceftriaxona 1g 12/12h + azitromicina 500mg 24/24h. A única médica solicitou ontem cultura de BAAR, e hoje foram solicitados exames (teste rápido de HIV, TGO, TGO, albumina, TAP, sendo os dois últimos devido a um TAP alterado na admissão, suspeito de alguma redução de função hepática).

Solicito internamento em unidade de terapia intensiva para melhor acompanhamento e conduta com relação ao caso.

Grato desde já,

Dr. Maxsuel Rolim da Costa
Residente em Clínica Médica
CREMESP nº 14900

Recebido solicitação

[Assinatura]
Dr. Maxsuel Rolim da Costa
Residente em Clínica Médica
CREMESP nº 14900

Barbáta, 21 de outubro de 2017



HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO



Termo de Ciência e Consentimento para Procedimentos Invasivos e Cirurgias

Paciente _____ Bloco _____
Leito _____ Atendimento _____

Pelo presente termo, Eu, Amara da Silva Vitor

() Paciente () Responsável pelo paciente

Autorizo a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s) invasivo(s) e/ou cirurgia(s):

1. A proposta do procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

2. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

3. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

4. Para as cirurgias **NEUROLÓGICAS** os possíveis riscos são: cegueira, surdez, perda da fala (afasia), paralisias de uma parte ou do corpo todo (paraplegia, hemiplegia, quadriplegia), perda de sensibilidade, alterações da consciência, coma e até o risco de morte.

5. Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.

Nome Legível: _____

Assinatura: Amara da Silva Vitor

Grau de Parentesco: _____

RG: _____

Testemunha 1: _____

RG: _____

Testemunha 2: _____

RG: _____

Barbela, ____/____/____ Hora: ____:____

Deve ser Preenchido pelo médico

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado

Nome do Médico: _____ Assinatura: _____ CRM: _____

Termo de acompanhante do paciente submetido a procedimentos ambulatoriais

Eu, _____ Identidade Nº _____
responsabilizo-me por acompanhar o paciente acima após o procedimento cirúrgico ambulatorial realizado no Hospital Maternidade São Vicente de Paulo, até sua residência.

Barbela, ____/____/____ Hora: ____:____ Assinatura: _____

HOSP. MATER SAO VICENTE DE PAULO
MV Inf. ica Ltda - Sistema Diagnóstico por Imagem
Compro. e de Pedido de Exames

Página: 0001
Data...: 16/10/2017
Hora...: 09:55

17/10/17
Bloco I 9-1

9-2

Atendimento: 3119956

Pedido: *797101*
787194

Data do Pedido: 16/10/2017

Controle: 152617

Paciente: 50049

JOSE ALISSON DA SILVA

Nascimento: 31/05/1997 (20a 4m 1

Leito..

Unid. Intern:

Medico Solicitante: C10448 OTAVIO CRUZ SAMPAIO NETO (HMSVP)

Setor Solicitante: PRONTO SOCORRO ADULTO

Setor Executante: SETOR DE RAO X - PS

Convenio: SUS - AMBULATORIO

Motivo: URGENCIA/EMERGENCIA

Observações:

Sexo: MASCULINO

Local: SALA DE EXAME

Plano: PLANO UNICO

CRIR Nº 20167
Doc. em Radiologia
Dra. Maria Inês da Silva

Legenda: FC - Fora da Conta NA - Não Autorizado AG - Autorizado Por Guia AT - Autorizado

Accession Number	Código	Descrição	Entrega	Situ
867357	2104	RX TORNOZELO DIREITO AP E PERFIL	16/10/2017	E
867356	2110	RX PERNA DIREITA AP E PERFIL	16/10/2017	

Fratura Tibia
fíbula. H054



HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO

REQUISIÇÃO: EXAMES COMPLEMENTARES

Nome: Paulo Henrique da Silva Procedência: _____
D. Nasc. / / Sexo: Est. Civil: Natural: Nº
Endereço: _____ UF:
Cidade: _____ Bairro: _____

☒ Interno - ☐ Externo Prontuário

Dados Clínicos:

Acidente automobilístico

Exames solicitados:

Rx de perna e tornozelo direito
LAPE e perfil LAPE e perfil

DR. OTÁVIO SAMPAIO
CRM 10448
CUIDADOS PALIATIVOS

Data, 16 / 10 / 17

Carimbo e assinatura do Médico (a)



HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO



PACIENTE: JOSÉ ALISSON DA SILVA

LEITO: 09-02 ATENDIMENTO: 3121430 IDADE: 20 CONVÊNIO: SUS

PROCEDIMENTO PROGRAMADO: CONDICIONAMENTO DE FRAT. DE TIGLIA "D"

DATA DO ENCAMINHAMENTO AO CC: _____ HORA DO ENCAMINHAMENTO: _____

() ALERGIAS: _____

HÁ RISCO DE GRANDES PERDAS SANGUÍNEAS? (Superior a 500 ml)

() SIM () NÃO

() RESERVA DE SANGUE DISPONÍVEL - C.H. Quartos? _____ () PLASMA - Quantos? _____

MEDICAÇÕES QUE FAZ USO _____

JEJUM A PARTIR DAS _____ HS do DIA ///

RESERVA DE VAGA EM UTI () DATA: /// VAGA EM SETOR () DATA: ///

COMORBIDADES: () HIPERTENSO () DIABÉTICO () TOSSE () FEBRE () NEOPLASIAS

OUTRAS _____

() TABAGISTA () FERIDAS/ INFEÇÕES DE PELE- Local _____

() CONSENTIMENTO CIRÚRGICO E ANESTÉSICO () BANHO PRÉ-OPERATÓRIO COM CLOREXIDINA -

() RETIRADA DE ÓRESES, PRÓTESES E ADORNOS () TRICOTOMIA

() SÍTIO CIRÚRGICO DEMARCADO () AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

() CIRURGIA PRÉVIA. QUAL? _____

EXAMES COMPLEMENTARES E IMAGENS: () ECG () RX DE TORAX () USG () ECO

() PARECER CARDIOLOGISTA (RISCO CIRÚRGICO) _____ () USG DOPPLER

OUTROS RX DE PERNA "D"

HEMOGRAMA: HB: _____ HT: _____ LEUCÓCITOS: _____ PLAQUETAS: _____

TAP: TEMPO: _____ ATIVIDADE: _____ INR: _____

Na: _____ K: _____ Ur: _____ Cr: _____ Glicemia: _____

GRUPO SANGÜÍNEO: _____ FATOR RH: _____ OUTROS: _____

ACESSO VENOSO: () AVP () AVC JELCO Nº: _____ MEMBRO: _____ () NÃO POSSUI AV

SINAIS VITAIS: PA: 110x80 PULSO: _____ TEMP: 37.7 FR: _____

DOCUMENTOS ENCAMINHADOS: () INTERNAMENTO + AIH () EXAMES PRÉ-OPERATÓRIO

() SAME Nº _____ OBSERVAÇÕES: USO DE TALA GESSA 13.4 EM M212

RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE PARA CENTRO CIRÚRGICO: _____

COREN _____ () ENFERMEIRO () TEC. DE ENFERMAGEM

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DO PACIENTE NO C. CIRÚRGICO: Paula

Dados do Paciente:

Paciente: 50049 JOSE ALSSON DA SILVA
Mãe: MARIA DA SILVA VITOR

Di Nasc: 31/05/1997

Dados da Internação:

Atendimento: 2121420 Di Internação: 17/10/2017
CID: S522 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
Convênio: SUS - INTERNA Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CIRURGICA
Leito: 108 APTC 9-2 Enfermaria: APT 09 Unidade: BLOCC

Dados da Solicitação:

Código: 14213 Data: 20/10/2017 09:13 Médico: ALUNO ACADEMICO
Especialidade de Solicitação: S CARDIOLOGIA
Médico Solicitante:

Descrição: PACIENTE VITIMA DE TRAUMA AUTOMOBILISTICO (MOTOCICLETA) NO DIA 16/10. ATE ONTEM, APRESENTAVA FEBRE E CREPTOS EM BASE. FOI INICIADA FISIOTERAPIA RESPIRATORIA 2X/DIA. O ANTIBIOTICO NAO FOI INICIADO DEVIDO A SUSPEITA DE QUE A FEBRE ESTIVESSE RELACIONADA A AGRESSÃO ÓSSEA A TECIDOS CIRCUNJACENTES NO MID. NA NOITE DE ONTEM (19/10), EVOLUIU COM DISPNEIA IMPORTANTE, HEMOPTISE E CREPTOS TORNARAM-SE DIFUSOS. FOI FEITO PELO PLANTONISTA NEBULIZAÇÃO, O2 SOB MÁSCARA FACIAL, DE CUBITO ELFVADO, HIDROCORTISONA E SOLICITADO HEMOGRAMA, QUE EVIDENCIOU LEUCÓCITOS DE 17000. FORAM SEM DESV/O A ESQUERDA (24 DASTÕES). HOJE INICIO CEFTRIAXONA 1G 12/12H E RETIRO HEPARINA NÃO FRACIONADA. SOLICITO PARCEIR PARA MELHOR CONDUZIR O PACIENTE

ALUNO ACADEMICO
CRM - 000000

Dr. Washington M. Fehine
Ortopedia Traumatologia
CRM 6609



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

Protocolo de Admissão

Data: 23/10/2017 16:48:05

Paciente: 00050049 - JOSE ALISSON DA SILVA
Atendimento: 03121423
Unidade: APARTAMENTO SIMPLES
Médico: MARCELO PARENTE OLIVEIRA

Convênio: SUS - INTERNACAO
Leito: BLOCO I APTD 5-2
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA

PROTOCOLO DE ADMISSÃO

Procedência: TRAUMATOLOGIA Acomp. ☒ Sim ☐ Não

Idade: 20A

PROCEDIMENTO	DATA	TROCA	TROCA	TROCA	TROCA	RETIRADA
Acesso venoso central						
Acesso venoso periférico	17/10/17	19/10/17	20/10/17			
Cateter: Diálise						
PICC						
Port-a-Cath						
Umbilical						
Drenos: Penrose						
Tubular						
Keer						
Hemovac						
Torácico						
Black						
Percutâneo						
Ferida Operatória						
Hemotransfusão: Plasma						
Plaquetas						
Hemáceas						
Intubação Orotraqueal						
Lesão por pressão: Estágio 1						
Estágio 2						
Estágio 3						
Estágio 4						
Não Estagiada						
Lesão Assoc. Dermatite (DAI)						
Lesão Assoc. Adesivo						
Lesão em dobras (DIT)						
Lesão de Pele Diversas						
Ostomia para alimentação:						
☐ Gastro ☐ Jejuno						
Ostomia para eliminação:						
☐ Colo ☐ Ílio ☐ Uro						
Oxigenoterapia: Cateter Nasal	20/10/2017					21/10/2017
Masc. Venturi	19/10/17	21/10/2017				20/10/2017
VNI	21/10/2017					21/10/2017
Macronebulização						
Pressão Arterial Média - PAM						
Pressão Venosa Central - PVC						
Pressão Intra Abdominal - PIA						
Sonda: Orogastrica						
Nasogástrica						
Nasoenteral						
Sonda Vesical de Demora						
Traqueostomia						

OBSERVAÇÃO: cliente é admitido nesta unidade com uso de tala gessada em perna D, veio também já com uso de AV² no setor de traumatologia.

19/10/= instalado oximetria d pulso.

Melina Haas



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

Radiologia - HMSVP

Atendimento: 3121420
Paciente.....: 50049 - JOSE ALISSON DA SILVA
Solicitante.....: ALUNO ACADEMICO
Convênio.....: SUS - INTERNACAO
Bloco.....: BLOCO I - CLIN CIRURGICA

Pedido.....: 789690
Idade.....: 20a 5m 1d
Atendido.....: 17/10/2017
Laudo.....: 27/10/2017

TORAX PA

- Aumento da área cardíaca.
- Transparência pulmonar normal.



ESAU NICODEMOS DA CRUZ SANTANA
CRM 10682



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Anotações de Enfermagem

24/10/2017
11:30:17
ITEMOTEO

Paciente: 00050049 JOSE ALISSON DA SILVA
Atendimento: 03121420
Unidade: UTI - ADULTO

Convênio: SUS - INTERNACAO
Leito: , UTI ADULTO, U T I ADULTO
110-5
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT
CIRURGICA

Médico: MARCELO PARENTE OLIVEIRA

Anotações de Enfermagem

24/10/017

EVOLUÇÃO DA MANHA

- CLIENTE COM HD:INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA + FRATURA DE TIBIA E FIBULA A DIREITA .SEG RESPIRANDO ESPONTANEO.COOPERATIVO, CONSCIENTE,ORIENTADO.MCC + OXIMETRIA DE PULSO E P/A NÃO INVASIVA AFEBRIL.MANTEM MIE ENFAIXADO.COM ACESSO VENOSO PERIFERICO EM MSD COM HIDRAT EM BIC MCPM .DIETA ORAL COM BOA ACEITAÇÃO,MANTEM CURATIVO LIMPO.HIGIENIZADO TEM PELE LIVRE DE LP,DIURESE POR PAPAGAIO.

Inês Gomes da S. Tenetco
Técnico de Enfermagem
COREN-CE 855.420



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Anotações de Enfermagem

24/10/2017
16:19:04
MROMAO

Paciente: 00050049JOSE ALISSON DA SILVA
Atendimento: 03121420
Unidade: UTI - ADULTO
Médico: MARCELO PARENTE OLIVEIRA

Convênio: SUS - INTERNACAO
Leito: , UTI ADULTO, U T I ADULTO
110-5
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT
CIRURGICA

Anotações de Enfermagem

24/10/017

EVOLUÇÃO DA TARDE

CLIENTE COM HD:INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA + FRATURA DE TIBIA E FIBULA A DIREITA, PERMANECEU ACORDADO, CONSCIENTE, ORIENTADO, COOPERATIVO, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE MANTENDO BOA SATURAÇÃO, MATEM MONITORIZAÇÃO CARDAICA + OXIMETRIA DE PULSO E P/A NÃO INVASIVA. MANTEM MIE ENFAIXADO, ACESSO VENOSO PERIFERICO EM MSD FAZENDO USO DE HIDRATAÇÃOCONTROLADO POR BIC, DIETA ORAL COM BOA ACEITAÇÃO, MANTEM CURATIVO LIMPO, DIURESE PRESENTE NO PAPAGAIO, SEGUE AOS CUIDADOS.

AS 16:15 RECEBEU ALTA E FOI TRANSFERIDO PARA ENFERMARIA BLOCO I.

Maria Eduarda Romão Magalhães
COREN-CE 766653
Edilson



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Anotações de Enfermagem

24/10/2017
18:11:25
EFERREIRA

Paciente: 00050049 JOSE ALISSON DA SILVA
Atendimento: 03121420
Unidade: APARTAMENTO SIMPLES
Médico: MARCELO PARENTE OLIVEIRA

Convênio: SUS - INTERNACAO
Leito: , BLOCO I, APTO 8-2
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT
CIRURGICA

Anotações de Enfermagem

24/10/17

16:20h, cliente é admitido nesta unidade vindo da UTI, mantém uso de tala gessada em MID, sem queixas no momento, em uso de AVP, em venoclise segue os cuidados com SSvv normais com Pa = 110x80mmhg, t = 36.7°C

Jose Orlando
745.577 COREN



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Anotações de Enfermagem

25/10/2017
05:05:17
MMELO

Paciente: 00050049 JOSE ALISSON DA SILVA
Atendimento: 03121420
Unidade: APARTAMENTO SIMPLES
Médico: MARCELO PARENTE OLIVEIRA

Convênio: SUS - INTERNACAO
Leito: BLOCO I. APTO 8-2
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT
CIRURGICA

Anotações de Enfermagem

24/10/17

#20h, realizado curativo em calcâneo com discreta secreção, usado 01 pact. de gases, 02 par de luvas proced. 01 atadura 15cm, 30ml S.F.
Aferido glicemia capilar = 133

#22h, cliente, sem queixas no momento, bom padrão respiratório, diurese espontânea, sob cuidados da Enfermagem, medicado conforme prescrição médica, PA = 120/80mmHg
T = 37.1°C

00h, aferido glicemia capilar = 100

25/10/17

#04h, HGT = 110mg/dl

#05h, dormiu bem sem queixas no momento.

Maria Iolanda

Maria Iolanda Viana COREN 940918



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

Radiologia - HMSVP

Atendimento: 3119956
Paciente.....: 50049 - JOSE ALISSON DA SILVA
Solicitante.....: OTAVIO CRUZ SAMPAIO NETO (HMSVP)
Convênio.....: SUS - AMBULATORIO
Bloco.....: PRONTO SOCORRO ADULTO

Pedido.....: 787194
Idade.....: 20a 5m 1d
Atendido.....: 16/10/2017
Laudo.....: 16/10/2017

PERNA DIREITA

- Fraturas completas dos terços distais da tíbia e da fíbula.



JOSE AECIO DE ARAUJO SANTANA
CRM 2334



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

Radiologia - HMSVP

Atendimento: 3119956
Paciente.....: 50049 - JOSE ALISSON DA SILVA
Solicitante.....: OTAVIO CRUZ SAMPAIO NETO (HMSVP)
Convênio.....: SUS - AMBULATORIO
Bloco.....: PRONTO SOCORRO ADULTO

Pedido.....: 787194
Idade.....: 20a 5m 1d
Atendido.....: 16/10/2017
Laudo.....: 16/10/2017

TORNOZELO DIREITO

- Contornos articulares e interlinhas de aspectos normais.
- Estrutura óssea conservada.
- Partes moles sem alterações.


JOSE AÉCIO DE ARAÚJO SANTANA
CRM 2334



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Sistema de Emergência e Laudos - Centro de Imagem
C.N.P.J 03.284.505/0001-13

Atendimento: 3121420
Paciente.....: 50049 - JOSE ALISSON DA SILVA
Solicitante.....: ALUNO ACADEMICO
Convênio.....: SUS - INTERNACAO
Bloco.....: BLOCO I - CLIN CIRURGICA

Pedido.....: 788229
Idade.....: 20a 4m 22d
Atendimento: 17/10/2017
Laudos.....: 20/10/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX

TÉCNICA

Exame realizado em equipamento tomográfico, com aquisição axial, sem a infusão venosa de meio de contraste.

ACHADOS

Múltiplas áreas de consolidações esparsas por todos os segmentos pulmonares, com distribuição predominantemente periférica associada a área de vidro fosco, que nesse contexto deve corresponder a hemorragia alveolar difusa, não podendo excluir a possibilidade natureza inflamatória/infecciosa.

Distribuição normal da trama vascular pulmonar.

Hilos pulmonares anatômicos.

Aorta torácica com calibre conservado.

Não se identificam anormalidades em relação ao coração.

As estruturas mediastinais apresentam morfologia, contornos e coeficientes de atenuação normais.

Não observamos sinais de linfonomegalias mediastinais.

Traquéia, brônquios principais e lobares de configuração tomográfica normal.

Não evidenciamos coleções líquidas no espaço pleural.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

- Múltiplas áreas de consolidações esparsas por todos os segmentos pulmonares, com distribuição predominantemente periférica associada a área de vidro fosco, que nesse contexto deve corresponder a hemorragia alveolar difusa, não podendo excluir a possibilidade natureza inflamatória/infecciosa.


RAPHAEL JUSTO CAVALCANTE
CRM 13085



PRESCRIÇÃO.: 1084792 DATA: 24/10/2017 12:00
USUARIO....: TBAGOSTINHO
ATENDIMENTO: 3121420 DT NASC: 31/05/1997 (20A 4M 25D)
CONVÊNIO....: SUS - INTERNACAO
PACIENTE....: 50049 - JOSE ALISSON DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 17/10/2017 09:59 7 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: MARCELO PARENTE OLIVEIRA SERVIÇO: ORTOPEdia E TRAUMAT CIRURGICA
UNID. INF.: UCI ADULTO LEITO.: U T I ADULTO 11C-5 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES
CID.....: S822 FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA CICLO.: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA


Rúbrica do
Médico

EXAMES LABORATORIAIS

	Qtd	Unidade	SN	Ass	Frequência	Data	Horários
21 CREATININA - BIOQUIMICA Obs.: Indicação:	1						
22 SODIO - BIOQUIMICA Obs.: Indicação:	1						
23 POTASSIO - BIOQUIMICA Obs.: Indicação:	1						
24 CLORO SERICO	1					[24/10]	12
25 MAGNESIO - BIOQUIMICA Obs.: Indicação:	1						
26 CALCIO - BIOQUIMICA Obs.: Indicação:	1						
27 FOSFORO - BIOQUIMICA Obs.: Indicação:	1						
28 BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES - BIOQUIMICA Obs.: Indicação:	1						
29 GASOMETRIA ARTERIAL (PH, PCO2, PO2, BIC, SA, O2, BE) Obs.: Indicação:	1						
30 GASOMETRIA ARTERIAL (PH, PCO2, PO2, BIC, SA, O2, BE) Obs.: Indicação:	1						

FISIOTERAPIA

	Qtd	Unidade	SN	Ass	Frequência	Data	Horários
31 ASSIST.FISIOTERAPICA MOTORA	1				Livre	[24/10]	12
32 ASSIST.FISIOTERAPICA RESPIRATORIA PRE/POS OPERATOR	1				Livre	[24/10]	12



PRESCRIÇÃO.: 1084792 DATA: 24/10/2017 12:00
USUÁRIO.....: TBAGOSTINHO
ATENDIMENTO.: 3121420 DT NASC: 31/05/1997 (20A 4M 25D)
CONVÊNIO.....: SUS - INTERNACAO
PACIENTE.....: 50049 - JOSE ALISSON DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 17/10/2017 09:59 7 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: MARCELO PARENTE OLIVEIRA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA
UNID. INC.: UTI ADULTO LEITO.: 003 ADULTO 110-5 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES
CID.....: S822 FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA CICLO.: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO.:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

[Assinatura]
Rubrica do Médico

GASOTERAPIA

	Qtd	Unidade	SN	ApI	Frequência	Data	Horários
33 MASCARA FACIAL DE VENTURI (UTI)					ACM	[24/10]	. 12
34 OXIGENIO SOB CATETER NASAL					ACM	[24/10]	. 12

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	ApI	Frequência	Data	Horários
5 CABECEIRA ELEVADA A 45°					Continua	[24/10]	. 12
36 INSTALAR COLCHAO PIRAMIDAL (CAIXA DE OVO)					Agora	[24/10]	. 0
37 APLICAR PROTOCOLO DE PREVENCAO ULCERA POR PRESSAO					2hs/2hs	[24/10]	. 12 . 14 . 16 . 18 . 20 . 22
Obs.: manter lençol seco e esticado proteger proeminências ósseas massagem de conforto com hidratante corporal mudança de decúbito						[25/10]	. 00 . 02 . 04 . 06 . 08 . 10
38 AFERIR GLICEMIA CAPILAR (HGT)					4hs/4hs	[24/10]	. 12 . 16 . 20
39 HIGIENE BUCAL					M/T/N	[24/10]	. 08 . 04 . 20
Obs.: Com Perlogard.						[25/10]	. 00 . 08 . 16
41 CUIDADOS GERAIS					Continua	[24/10]	. 12
42 CUIDADOS GERAIS EM UTI					Continua	[24/10]	. 12

Justificativa.: CUIDADOS GERAIS EM UTI:

APLICAR:

- () Reparil
- (X) Sepantol
- () Sulfadiazina de Prata
- (X) Clorexidina 2%
- () Cavilon - Creme barreira
- () Cavilon - Película Protetora
- () Cavilon - Limpador de pele sem enxague
- () Tegaderm
- (X) AGE
- () Papaina 2%
- () Papaina 5%
- () Papaina 10%
- () Placa de Hidrocolóides
- () Cervão ativado
- () Hidrogel



HOSPITAL MATER SAO VICENTE DE PAULO
MV 2000 - Sistema de Gerenciamento da Unidade
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 5/5
Emitido Por: TBAGOSTINHO
Data: 24/10/2017 08:27

PRESCRIÇÃO.: 1084792 DATA: 24/10/2017 12:00
USUÁRIO.: TBAGOSTINHO
ATENDIMENTO: 3121420 DT NASC: 31/05/1997 (20A 4M 25D)
CONVÊNIO.: SUS - INTERNACAO
PACIENTE.: 50049 - JOSE ALISSON DA SILVA
PESO.: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 17/10/2017 09:59 7 DIAS(S) INT

MÉDICO.: MARCELO PARENTE OLIVEIRA SERVIÇO: ORTOPEdia E TRAUMAT CIRURGICA
UNID. INT.: UTI ADULTO LEITO.: U T I ADULTO 110-5 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES
CID.: S822 FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA CICLO.: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO.:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do Médico

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Ap	Frequência	Data	Horários
40 VENTILACAO MECANICA - VNI	1						

THALES ANIBAL LEITE BARROS AGOSTINHO
CRM: 10499

8-2

1ª VIA

Rubrica do Médico

PRESCRIÇÃO.: 1084969 DATA: 24/10/2017 14:00
USUÁRIO.: TBAGOSTINHO
ATENDIMENTO: 3121420 DT NASC: 31/05/1997 (20A 4M 25D)
CONVÊNIO.: SUS - INTERNACAO
PACIENTE.: 50049 - JOSE ALISSON DA SILVA
PESO.: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 17/10/2017 09:59 7 DIAS(S) INT
MÉDICO.: MARCELO PARENTE OLIVEIRA SERVIÇO: ORTOPEdia E TRAUMAT CIRURGICA
UNID. INT.: UTE ADULTO LEITO.: U T I ADULTO 110-5 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES
CID.: 8822 FRATURA DA DIÁFISE DA TIBIA CICLO.: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

3121420

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS

43 (D1/3) CLORETO DE POTASSIO XAROPE 100ML

Qtd Unidade	SN	ApI	Frequência	Data Horários
20 MILILITRO		VO	8hs/8hs	[24/10] . 0 16 [25/10] . 0 0 08

PROCEDIMENTOS MEDICOS

44 ALTA DA UTI PARA
APARTAMENTO/ENFERMARIA

Qtd Unidade	SN	ApI	Frequência	Data Horários
1				

Thales Anibal
Intensivista
CRM-DE 10499

THALES ANIBAL LEITE BARROS AGOSTINHO
CRM: 10469



**Hospital Maternidade São Vicente
de Paulo**
Evolução Médicos

24/10/2017

13:39:13
TBAGOSTI
NHO

Paciente: 00050049JOSE ALISSON DA SILVA
Atendimento: 03121420

Unidade: UTI - ADULTO

Médico: MARCELO PARENTE OLIVEIRA

Convênio: SUS -

INTERNACAO

Leito: , UTI ADULTO, U
T I ADULTO 110-5

Serviço: ORTOPEdia E
TRAUMAT
CIRURGICA

Evolução Médica

Dia 24/10/17

Parâmetros nas últimas 24h: Diurese: 850 ml/24h; Resíduo gástrico: zero ml/24hs; Balanço Hidrico: + 764 ml/24hs Temperatura axilar: 36,2 a 37,2 °C; FC: 74 a 105 bpm; FR: 18 a 27 ipm; PAS: 114 a 137 mmHg; PAD: 61 a 78 mmHg; Glicemia capilar: 127 a 155 mg/dl; Saturação na oximetria de pulso: 95 a 99%.

#Em uso de: Ceftriaxona (D5/D7) e Azitromicina (D5/D5)

#Evolução: Paciente evoluindo estável, sem sedação, com abertura ocular espontânea. Hemodinamicamente estável, sem uso de aminas vasoativas. No momento encontra-se eupneico, respirando em ar ambiente, saturando 99% na oximetria de pulso. Dieta por via oral. Diurese presente. Evacuações presentes.

#EF:

ECT: estado geral bom, orientado, eupneico, acianótico, afebril, hidratado e normocorado.
ACV: Ritmo cardíaco regular em 2T, bulhas cardíacas normofonéticas, sem sopros. PA: 121 x 78 mmHg. FC: 100 bpm

AR: MV diminuído em ambos hemitórax, diminuído em bases, FR: 18 ipm

Abd: plano, sem dor a palpação superficial ou profunda, sem visceromegalias. RHA +

Ext: Boa perfusão periférica, edema em membro inferior direito (1+/4+)

SN: Glasgow de 15 (RM 6; RV 5; AO 4).

HD: 1) Fratura Diafisária em Tibia direita e Fíbula direita - Aguarda tratamento cirúrgico

2) Insuficiência respiratória aguda (superada): Pneumonia comunitária (em tratamento) / LPA (Lesão Pulmonar Aguda - SARA [SDRA] leve)

CD: Alta da UTI para Enfermaria

Thales Anibal
Intensivista
CRM-CE 10499

THALES ANIBAL LEITE BARROS AGOSTINHO
CRM - 10499



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Evolução do Enfermeiro

24/10/2017
16:24:24
ROMULO

Paciente: 00050049JOSE ALISSON DA SILVA
Atendimento: 03121420
Unidade: UTI - ADULTO

Convênio: SUS - INTERNACAO
Leito: , UTI ADULTO, U T I ADULTO
110-5
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT
CIRURGICA

Médico: MARCELO PARENTE OLIVEIRA

Evolução do Enfermeiro

EVOLUÇÃO DIURNA - 24.10.17

Paciente com HD: Fratura Diafisária em Tibia direita e Fíbula direita; Insuficiência respiratoria aguda: Pneumonia comunitaria (em tratamento) / LPA (Lesão Pulmonar Aguda - SARA [SDRA] leve), evolui EG Bom, consciente, orientado, calmo e cooperativo. Eupnéico respiração espontânea sem suporte de O2, mantém bom padrão respiratório e SPO2 estável. Acianótico, anictérico e normocorado. Normocárdico, normotenso sem uso de aminas vasoativas e estável do ponto de vista hemodinâmico, afebril e normoglicêmico. Renovado AVP em MSE (devido prazo de validade) com HV por BIC. Dieta por via oral com boa aceitação. Diurese espontânea presente. Lesões em MID e com presença de imobilização. Possui escoriações em escápulas, usado AGE (3mL) e Bepantol (3g). Coletado exames laboratoriais de rotina. Paciente recebeu alta da UTI e foi transferido para o Bloco I às 16:15h.

Romulo J. Silva
ENFERMAGEM
COREN - 03

Romulo J. Silva
Enfermeiro
24/10/2017
16:24:24

8-2

PRESCRIÇÃO.: 1085170 DATA: 25/10/2017 12:00
USUARIO.: JVLUNA
ATENDIMENTO.: 3121420 DT NASC: 31/05/1997 (20A 4M 26D)
CONVÊNIO.: SUS - INTERNACAO
PACIENTE.: 80048 - JOSE ALISSON DA SILVA
SEXO.: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNOÇÃO.: 17/10/2017 09:59 8 DIAS(S) INT

1ª V: A

Relatório do
Médico

ARMADOR.: MARI FLORENTINO OLIVEIRA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA
UNID. INT.: PLANO 1 LETTO.: APTO 8-2 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES
CICLO.: 1
DIAGNÓSTICO: FRAT. FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA
TRATAMENTO: CICLO.: 1
EQUIPAMENTO DE APOIO:

3121420

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

1 DIETA BRANDA

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
				Livre	[25/10] - 12

W. MEDICAMENTOS

2 C.C. (06/7) CEFTRIAXONA 1G FA IV
Justificativa: 240
-> AGUA DESTILADA ESTERIL 10ML
AMPOLA
3 C.C. (09/30) PLAMET SOL. INJ. AMP C/2ML
-> AGUA DESTILADA ESTERIL 10ML
AMPOLA
4 (D1/99) TRAMADOL, CLORID. 50MG CÁPSULA
(TRAMADOL)
5 (D1/99) DIFERONA SODICA 500MG
COMPRIMIDO
Obs.: De TAX = 57,2%

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1	FA C/7G		IV	12hs/12hs	[25/10] - 20 [25/10] - 20
1	AMPOLA				
1	AMP C/2ML		IV	8hs/8hs	[25/10] - 20 [25/10] - 20
1	AMPOLA				
2	CAPS C/50M		VO	8hs/8hs	[25/10] - 20 [25/10] - 20
2	COMP C/500M	S	VO	6hs/6hs	[25/10] - 20 [25/10] - 20

FISIOTERAPIA

5 ASSIST.FISIOTERAPICA MOTORA
7 ASSIST.FISIOTERAPICA RESPIRATORIA
PRE/FOS OPERATOR

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1				Livre	[25/10] - 12
1				Livre	[25/10] - 12

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM

5 CUIDADOS GERAIS
9 AFERIR SINAIS VITAIS

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
				Contínua	[25/10] - 12
				8hs/8hs	[25/10] - 13
					[25/10] - 00 08

Dr. Ruy de Sá
ALUNO ACADEMICO
CRM: 000000



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Evolução Médica

25/10/2017

09:51:38

JVLUNA

Paciente: 00050049JOSE ALISSON DA SILVA
Atendimento: 03121426

Unidade: APARTAMENTO SIMPLES

Médico: MARCELO PARENTE OLIVEIRA

Convênio: SUS -

INTERNACAO

Leito: , BLOCO I, APTO
8-2

Serviço: ORTOPEDIA E
TRAUMAT
CIRURGICA

Evolução Médica

PACIENTE JOSE ALISSON DA SILVA, 10º DIH

HD: 1) Fratura Diafisária em Tibia direita e Fíbula direita - Aguarda tratamento cirúrgico
2) Insuficiência respiratória aguda (superada): Pneumonia comunitária (em tratamento) /
LPA (Lesão Pulmonar Aguda - SARA [SDRA] leve)

Em uso de: Ceftriaxona (D5/D7) e Azitromicina (D5/D5)

Evolução: Paciente evoluindo estável, sem sedação, com abertura ocular espontânea.
Hemodinamicamente estável, sem uso de aminas vasoativas. No momento encontra-se eupneico,
respirando em ar ambiente, saturando 99% na oximetria de pulso. Dieta por via oral. Diurese
presente. Evacuações presentes.

LF:
ECT: estado geral bom, orientado, eupneico, acianótico, afebril, hidratado e normocorado.
ACV: Ritmo cardíaco regular em 2T, bulhas cardíacas normofonéticas, sem sopros.
AR: MV diminuído em ambos hemitórax, diminuído em bases
Abd: plano, sem dor a palpação superficial ou profunda, sem visceromegalias. RHA +
Ext: Boa perfusão periférica, edema em membro inferior direito (1+/4+)
SN: Glasgow de 15 (RM 6; RV 5; AO 4).

HD: 1) Fratura Diafisária em Tibia direita e Fíbula direita - Aguarda tratamento cirúrgico
2) Insuficiência respiratória aguda (superada): Pneumonia comunitária (em tratamento) /
LPA (Lesão Pulmonar Aguda - SARA [SDRA] leve)

CD:
Mantenho suporte clínico
Aguardo resolução cirúrgica

ALUNO ACADEMICO
CRM - 000300



PRESCRIÇÃO: 1085898 DATA: 27/10/2017 12:00
USUÁRIO: JVLUNA
ATENDIMENTO: 3121420 DT NASC: 31/05/1997 (20A 4M 26D)
CONVENIO: SUS - INTERNACAO
PACIENTE: 50049 - JOSE ALISSON DA SILVA
PESO: ALTURA: STP, CORPOREA:
INTERNAÇÃO: 17/10/2017 09:59 10 DIAS (S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO: MARCELO PARENTE OLIVEIRA
UNID. INT.: BLOCO I LEITO: APTO 8-2 SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA
CID: S822 FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES
DIAGNOSTICO: CICLO: /
PROGNOSTICO:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

3121420

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES LABORATORIAIS

11 PROVA CRUZADA

Obs.: Indicação:

12 FATOR RH-FATOR RHO(INCLUINDO DU)

Obs.: Indicação:

13 GRUPO SANGUINEO

Obs.: Indicação:

14 HEMOGRAMA COMPLETO

Obs.: Indicação:

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

OK

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM

15 RESERVA DE SANGUE

Obs.: 2 concentrados de hemácias

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários
Agora [27/10] 12

ALUNO ACADEMICO
CRM: 000000

Dr. Washington L. Machado
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 000000



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Anotações de Enfermagem

25/10/2017
11:59:17
GPEIXOTO

Paciente: 00050049 JOSE ALISSON DA SILVA
Atendimento: 03121420

Unidade: APARTAMENTO SIMPLES
Médico: MARCELO PARENTE OLIVEIRA

Convênio: SUS - INTERNACAO
Leitor: BLOCO I, APTO 8-2
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT
CIRURGICA

Anotações de Enfermagem

25/10/17

08H, CLIENTE EM PRÉ-OP, MANTÉM TALA GESSADA EM MID, AVP PARA
MEDICAÇÕES PRESCRITAS, HGT, AFERIDO SSVV, SEM QUIXAS, SOB
CUIDADOS.

PA=120/80MMHG

T=36.0°C

#AFERIDO HGT=121MG/DL

Getuliana Peixoto

-----GETULIANA PEIXOTO COREN 852419



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Anotações de Enfermagem

26/10/2017
05:35:30
JSSANTOS

Paciente: 00050049JOSE ALISSON DA SILVA
Atendimento: 03121420
Unidade: APARTAMENTO SIMPLES
Médico: MARCELO PARENTE OLIVEIRA

Convênio: SUS - INTERNACAO
Leito: BLOCO I, APTO 8-2
Serviço: ORTOPEDIA E TRALMAT
CIRURGICA

Anotações de Enfermagem

25/10/2014

20:00 evolui calmo ,consciente ,em repouso no leito segue sob cuidados,
PA120/80MMHG apresentou hipertermia medicado T38°C.

22h T=36,5°C

Josicleide Silva Josicleide silva COREN 852465

2-6

1ª VIA

História do
 Médico

IDENTIFICAÇÃO: 1088578 DATA: 26/10/2017 12:03
 LACRADO: JVL/LNA
 COMPLEMENTO: 3121420 DT NASC: 31/05/1997 (20A 4M 27D)
 QNTD: 10 SUS - INFORMACAO
 NOME: JOSE ALISSON DA SILVA
 ALIURA: SUS CORPOREA:
 DATAÇÃO: 17/10/2017 08:55 9 DIAS(S) INT

DEPARTAMENTO: NEONATOLOGIA
 SERVIÇO: NEONATOLOGIA
 LOCAL: NEONATOLOGIA
 DATA: 26/10/2017 12:03

3121420

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

Ord	Unidade	SN	Act	Frequência	Data Horários
1	DIETA BRANDA			Libre	[26/10] 12

MEDICAMENTOS

Ord	Unidade	SN	Act	Frequência	Data Horários
1	0,9% ID/7,5 CENTRAXONA 10 FA IV			IV	12hs/12hs
	1 FA C/1G				[26/10] 12
	1 AMPOLA				[27/10] 12
2	0,9% ID/7,5 CENTRAXONA 10 FA IV			IV	12hs/12hs
	1 FA C/1G				[26/10] 12
	1 AMPOLA				[27/10] 12
3	0,9% ID/7,5 CENTRAXONA 10 FA IV			IV	12hs/12hs
	1 FA C/1G				[26/10] 12
	1 AMPOLA				[27/10] 12
4	0,9% ID/7,5 CENTRAXONA 10 FA IV			IV	12hs/12hs
	1 FA C/1G				[26/10] 12
	1 AMPOLA				[27/10] 12
5	0,9% ID/7,5 CENTRAXONA 10 FA IV			IV	12hs/12hs
	1 FA C/1G				[26/10] 12
	1 AMPOLA				[27/10] 12
6	0,9% ID/7,5 CENTRAXONA 10 FA IV			IV	12hs/12hs
	1 FA C/1G				[26/10] 12
	1 AMPOLA				[27/10] 12

FISIOTERAPIA

Ord	Unidade	SN	Act	Frequência	Data Horários
1	ASSIST FISIOTERAPIA RESPIRATORIA			Libre	[26/10] 12
2	ASSIST FISIOTERAPIA RESPIRATORIA			Libre	[26/10] 12

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM

Ord	Unidade	SN	Act	Frequência	Data Horários
1	CURIA DO GUMAS			Contínua	[26/10] 12
2	ANTIRRINOS VITAIS			6hs/6hs	[26/10] 06
					[27/10] 06

Dr. Rainerio Soejima
 TRANSCRITORA
 ALUNA ACADÊMICA
 CRM: 000000



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Evolução Médica

26/10/2017

1002:10
JVLUNA

Paciente: 00050049 JOSE ALISSON DA SILVA
Atendimento: 03121-120

Convênio: SUS -
INTERNACAO
Leito: , BLOCO I, APTO
8-2
Serviço: ORTOPEDIA E
TRAUMAT
CIRURGICA

Unidade: APARTAMENTO SIMPLES

Médico: MARCELO PARENTE OLIVEIRA

Evolução Médica

PACIENTE JOSE ALISSON DA SILVA, 11º DIA

1) Fratura Diáfiseária em Tibia direita e Fibula direita - Aguarda tratamento cirúrgico
2) Insuficiência respiratória aguda (superada): Pneumonia comunitária (em tratamento)
3) Síndrome Pulmonar Aguda - SARA [SDRA] leve) superada

Receita: Ceftriaxona (1200/120) e Azitromicina (125/125)

Evolution: Paciente evoluindo estável, respirando em ar ambiente, consciente e orientado, estável no leito. Diurese e evacuações presentes.

1) Estado geral bom, orientado, eupneico, normotéico, afébril, hidratado e normocrado.

ACV: Ritmo cardíaco regular em 21, bulhas cardíacas normofonéticas, sem sopros.

AR: MV diminuído em ambos hemitórax, diminuído em bases

Abd: plano, sem dor a palpação superficial ou profunda, sem visceromegalias, RHA

Ext: Boa perfusão periférica, edema em membro inferior direito (1+4+)

SS: Glasgow de 15 (RN) e RV 5; AO 4).

1) Fratura Diáfiseária em Tibia direita e Fibula direita - Aguarda tratamento cirúrgico

2) Insuficiência respiratória aguda (superada): Pneumonia comunitária (em tratamento)

3) Síndrome Pulmonar Aguda - SARA [SDRA] leve)

CR: 1

Mantendo suporte clínico

Aguarda resolução cirúrgica

Dr. Rainerio Soggetti
TRAUMATOLOGIA
ORÇAMENTO / ICSARZ
CRM 000030

CONC ACADEMICO
CRM - 000030



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Evolução Médica

27/10/2017

09:45:42
JVLUNA

Paciente: 00050049JOSE ALISSON DA SILVA
Atendimento: 03121420

Unidade: APARTAMENTO SIMPLES

Médico: MARCELO PARENTE OLIVEIRA

Convênio: SUS -

INTERNACAO

Leito: , BLOCO I, APTO
8-2

Serviço: ORTOPEDIA E
TRAUMAT
CIRURGICA

Evolução Médica

PACIENTE JOSÉ ALISSON DA SILVA, 12º DIH

HD: 1) Fratura Diafisária em Tibia direita e Fíbula direita - Aguarda tratamento cirúrgico
2) Insuficiência respiratória aguda (superada): Pneumonia comunitária (em tratamento) /
LPA (Lesão Pulmonar Aguda - SARA [SDRA] leve) superada

#Fcz: Ceftriaxona (D7/D7) e Azitromicina (D5/D5)

#Evolução: Paciente evoluindo estável, respirando em ar ambiente, consciente e orientado,
restrito ao leito. Diurese e evacuações presentes.

#EF:

ECT: estado geral bom, orientado, eupneico, acianótico, afebril, hidratado e normocorado.

ACV: Ritmo cardíaco regular em 2T, bulhas cardíacas normofonéticas, sem sopros.

AR: MV diminuído em ambos hemitórax, diminuído em bases

Abd: plano, sem dor a palpação superficial ou profunda, sem visceromegalias. RHA +

Ext: Boa perfusão periférica, edema em perna direita (1+/4+) com hematoma importante

SN: Glasgow de 15 (RM 6; RV 5; AO 4).

HD: 1) Fratura Diafisária em Tibia direita e Fíbula direita - Aguarda tratamento cirúrgico
2) Insuficiência respiratória aguda (superada): Pneumonia comunitária (em tratamento) /
LPA (Lesão Pulmonar Aguda - SARA [SDRA] leve)

CD:

Mantenho suporte clínico

Dieta zero para cirurgia a partir das 22h

Dr. Marcelo Parente Oliveira
CRM - 000000

ALLINO ACADEMICO
CRM - 000000



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Anotações de Enfermagem

27/10/2017
05:14:12
MVIANA

Paciente: 00050049 JOSE ALISSON DA SILVA
Atendimento: 03121420
Unidade: APARTAMENTO SIMPLES
Médico: MARCELO PARENTE OLIVEIRA

Convênio: SUS - INTERNACAO
Leito: BLOCO I, APTO 8-2
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT
CIRURGICA

Anotações de Enfermagem

26/10/17

20:00 CLIENTE EM PRE OPERATÓRIO, MANTENDO MID COM CURATIVO NO
CALCANEIO E TALA GESSADA, SEM QUEIXAS.
PA= 12X8MMHG
T= 36.3°C

27/10/2017

05H, SEM QUEIXAS, AOS CUIDADOS.

RAIMUNDO NONATO GRANGEIRO COREN 973864

8-2

PRESCRIÇÃO: 1085887 DATA: 27/10/2017 12:00
USUARIO: JVLUNA
ATENDIMENTO: 3121420 DT NASC: 31/05/1997 (20A 4M 26D)
CONVENIO: SUS - INTERNACAO
PACIENTE: 50049 - JOSE ALISSON DA SILVA
PESO: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNACAO: 17/10/2017 09:59 10 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

ARQUIVO: MARCELO PARENTE OLIVEIRA SERVICIO: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA
UNID. INT.: BLOCO 1 LEITO: APTC 8-2 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES
CICLO: /
DIAGNOSTICO: S82Z FRATURA DA DIAPFISE DA TIBIA
PROTOCOLO:
CLASSIFICACAO DE RISCO:

3121420

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

	Qtd Unidade	SN Apl	Frequência	Data Horários
1 DIETA BRANDA			Livre	[27/10] . 12
2 DIETA ZERO PARA CIRURGIA			Noite	[27/10] . 12

Obs.: a partir das 22h de hoje

MEDICAMENTOS

	Qtd Unidade	SN Apl	Frequência	Data Horários
3 C.C. (D11/30) PLAMET SOL. INJ. AMP C/2ML -> AGUA DESTILADA ESTERIL 10ML AMPOLA	1 AMP C/2ML 1 AMPOLA	IV	8hs/8hs	[27/10] . 12 [28/10] . 00 . 06
4 (D3/99) TRAMADOL, CLORID. 50MG CÁPSULA (TRAMADON)	2 CAPS C/50M	VO	8hs/8hs	[27/10] . 12 [28/10] . 00 . 06
5 (D3/99) DAPIRONA SODICA 500MG COMPRIMIDO	2 COMP C/500M	S VO	6hs/6hs	[27/10] . 12 [28/10] . 00 . 06

Obs.: 22 TAX = 57,250

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd Unidade	SN Apl	Frequência	Data Horários
6 RX TORAX PA + PERFIL	1	24110		[27/10] . 12

FISIOTERAPIA

	Qtd Unidade	SN Apl	Frequência	Data Horários
7 ASSIST FISIOTERAPICA MOTORA	1		Livre	[27/10] . 12
8 ASSIST FISIOTERAPICA RESPIRATORIA PRE/POS OPERATOR	1		Livre	[27/10] . 12

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM

	Qtd Unidade	SN Apl	Frequência	Data Horários
9 CUIDADOS GERAIS			Contínua	[27/10] . 12
10 AFERIR SINAIS VITAIS			6hs/6hs	[27/10] . 12 [28/10] . 00 . 06

ALUNO ACADÊMICO
CRM: 000002



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Anotações de Enfermagem

27/10/2017
12:02:08
JSSILVA

Paciente: 00050049JOSE ALISSON DA SILVA
Atendimento: 03121420
Unidade: APARTAMENTO SIMPLES
Médico: MARCELO PARENTE OLIVEIRA

Convênio: SUS - INTERNACAO
Leito: BLOCO I, APTO 8-2
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT
CIRURGICA

Anotações de Enfermagem

27/10/17

08H, CLIENTE MANTENDO MID EM USO DE TALA GESSADA ABERTA,
CURATIVO NO CALCANEIO, SEM QUEIXAS.

PA=110X70MMHG

T=36.0°C

JACQUELINE SANTOS 558190



PRESCRIÇÃO.: 1083721 DATA: 20/10/2017 16:30
USUÁRIO....: PLUZ
ATENDIMENTO: 3121420 DT NASC: 31/03/1997 (20A 4M 21D)
CONVÊNIO....: SUS - INTERNACAO
PACIENTE....: 50049 - JOSE ALISSON DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 17/10/2017 09:59 3 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: MARCELO PARENTE OLIVEIRA SERVIÇO: ORTOFEDIA E TRAUMAT CIRURGICA
UNID. INT.: BLOCO I LEITO.: APTO 9-2 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES
CID.....: S622 FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA CICLO.: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EXAMES LABORATORIAIS

	Ctd Unidade	SN Apl	Frequência	Data Horários
19 BACILOS ALCOOL-ACIDO-RESIST. (BAAR) Obs.: AMOSTRA 1	1			
20 BACILOS ALCOOL-ACIDO-RESIST. (BAAR) Obs.: AMOSTRA 2	1			
21 BACILOS ALCOOL-ACIDO-RESIST. (BAAR) Obs.: AMOSTRA 3	1			

Aguarda
33/10

PATRICIA FERREIRA NEVES DA LUZ
CRM 17319



HOSPITAL MATER SAO VICENTE DE PAULO
MV 2000 - Sistema de Gerenciamento da Unidade
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1/1
Emitido Por: PLUZ
Data: 20/10/2017 16:29

PRESCRIÇÃO.: 1083723 DATA: 20/10/2017 16:30
USUÁRIO.: PLUZ
ATENDIMENTO: 3121420 DT NASC: 31/05/1997 (20A 4M 21D)
CONVÊNIO.: SUS - INTERNACAO
PACIENTE.: 50049 - JOSE ALISSON DA SILVA
PESO.: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNACAO.: 17/10/2017 09:59 3 DIAS(S) INT
MÉDICO.: MARCELO PARENTE OLIVEIRA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA
UNID. INT.: BLOCO I LEITO.: APTO 9-2 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES
CID.: S822 FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA CICLO.: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Assinatura do
Médico

3121420

PRESCRIÇÃO MÉDICA

FISIOTERAPIA

22 ASSIST.FISIOTERAPICA MOTORA
Obs.: APENAS EM MIE

Qtd Unidades	SN	Apel	Frequência	Data	Horários
1			24hs/24hs	21/10	00

PATRICIA FERREIRA NEVES DA LUZ
CRM: 17319



**Hospital Maternidade São Vicente
de Paulo**
Anotações de Enfermagem

28/10/2017
05:55:20
EALIMA

Paciente: 00050049 JOSE ALISSON DA SILVA
Atendimento: 03121420
Unidade: APARTAMENTO SIMPLES
Médico: MARCELO PARENTE OLIVEIRA

Convênio: SUS - INTERNACAO
Leitor: BLOCO 1, APTO 8-2
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT
CIRURGICA

Anotações de Enfermagem

27/10/2017

20:00 evolui calmo consciente, em repouso no leito, cirurgia prevista para amanhã segue sob cuidados.

PA130/80MMHG T36.5°C.

Josicleide Silva Josicleide silva COREN 852465

1º VIA

R. J. J. van't Hof-Geest
M.D., Ph.D.

MATRÍCULA: 1086159 DATA: 28/10/2017 12:00
 E-MAIL: SPAD
 APROVAMENTO: 3151420 DT NASC: 01/05/1997 (70X 4X 290)
 CONTATO: ALB INTERNACAO
 FACILITAD... 00048 - JOSE ALISSON DA SILVA
 PRAC ALUNA SUP. CORPORAL
 MATRICULADO: 17/10/2017 08:09 01 DIAS(S) INT

PRESCRIÇÃO MÉDICA

:MEYA

1. 10-DAZEDOC-BASE CIRCULAR

Old Judges	SN	Age	Frequencia	Data Horário
			<u>10</u>	[28/10] 12

MEDICAMENTOS

2. 10% MONOPHASED SOL IN AMP 0.2ML
- ACQUA DISTILLATA STERIL 10ML
CULTURE

Cid. Unidade	SN	Ap.	Frequência	Data	Horário
1 AMP C2ML		IV	8hs/9hs	(28/10)	☒
* AMPOLA				(29/10)	☒

1. 10-PR TRANSMISSION, CLONORATO
2. 10-PR TRANSMISSION, CLONORATO
3. 10-PR TRANSMISSION, CLONORATO
4. 10-PR TRANSMISSION, CLONORATO

1 AMPOLA	IV	8hs/8hs	[28/10]	10
1 FA 0,100ML			[29/10]	20

* 500 mg 20-25 mg DIPYRONA 500mg/25mg INJ
- 2000A

1 AMP C/2ML (S) IV 8/19/81 2

→ AQUA DESTILADA ESTERIL 100ML
AQUA

TABLE 1. *Continued*

* 012-ESOLUCAO DE RINGER CLACTATO DE
0100 PR. 05000

1 FRASC C/5000 IV 1 x 30 clz 28/10/ 52

PHYSIO THERAPY

6. ASSIST. EXECUTIVE SUPERVISOR

No. Unidade	Sig. Art.	Frequência	Data Hora
1		Live	[28/10] 12

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM

CUBANOS CERA S

2. REFERIN SINDAS VITAIS

Ch4: Unacademy	SN	Adl	Frecuencia	Data Horarios
			Continua	[28/10] 12
			3hr/5ms	[28/10] 14
				[28/10] 01

AL JNO KUSEVICO
00000

1ª VIA

Rubrica do
Médico

PRESCRIÇÃO.: 1056263 DATA: 28/10/2017 12:00
USUÁRIO.: CMURILO
ATENDIMENTO: 3121420 DT NASC: 31/05/1997 (20A 4M 25D)
CONVÊNIO.: SUS - INTERNACAO
PACIENTE.: 50049 - JOSE ALISSON DA SILVA
PESO.: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 17/10/2017 09:59 11 DIAS(S) INT
MÉDICO.: MARCELO PARENTE OLIVEIRA
UNID. INT.: BLOCO I LEITO.: APTO 6-2 SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA
CID.: S02Z FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES
DIAGNÓSTICO: CICLO.: /
FACÓCOLO:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

3121420

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

9 DIETA BRANDA

Obs.: APÓS RECUP ANESTESICA

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
				Libre	[28/10] . 12

MEDICAMENTOS

10 (D1/2) SORO FISIOLÓGICO SISTEMA FECHADO
1R 500ML

Obs.: 1 ENTE

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1	FRASC C/500		IV	3 x ao dia	[28/10] . 06 [29/10] . 00 . 08

11 (D1/2) CEFAZOLINA SODICA 1G FA

Justificativa: PROFILOTICO

Obs.: DISSOLVER EM 10 ML DE AD

1	FA C/1G		IV	12hs/12hs	[28/10] . 06 [29/10] . 06
---	---------	--	----	-----------	------------------------------

12 (D1/2) LIQUEMINE (SUBCUTANEA) 5002

UMD, 25ML AMP C/O, 25M

Obs.: INICIAR APÓS AS 16 HRS

1	AMP C/O, 25M		SC	1 x ao dia	[28/10] . 02
---	--------------	--	----	------------	--------------

Dr. Cassio Muriolo da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM 16062
CPF 34531348372

CASSIO MURILO DA SILVA
CRM: 16062



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Evolução Médicos

28/10/2017

09:10:02
CMURILO

Paciente: 00050049 JOSE ALISSON DA SILVA
Atendimento: 03121420

Unidade: APARTAMENTO SIMPLES

Médico: MARCELO PARENTE OLIVEIRA

Convênio: SUS -

INTERNACAO

Leito: , BLOCO I, APTO
8-2

Serviço: ORTOPEDIA E
TRAUMAT
CIRURGICA

Evolução Médica

PACIENTE NO PO IMEDIATO DE OSTEOSSINTESE EM TIBIA DIREITA

PER. CASSIO MURILO DA SILVA
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM - 6002
R. CPF - 3487347074

CASSIO MURILO DA SILVA
CRM - 6002



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Evolução Médica

28/10/2017

06:15:06

BFAE

Paciente: 00050049 JOSE ALISSON DA SILVA
Atendimento: 03121420

Convênio: SUS -
INTERNACAO
Leito: BLOCO I, APTO
8-2
Serviço: ORTOPEDIA E
TRAUMAT
CIRURGICA

Unidade: APARTAMENTO SIMPLES

Médico: MARCELO PARENTE OLIVEIRA

Evolução Médica

PACIENTE JOSE ALISSON DA SILVA, 13º DIA

1) Fratura Diáfisária em Tibia direita e Fíbula direita - Aguarda tratamento cirúrgico
2) Insuficiência respiratória aguda (superada): 1 PA (Lesão Pulmonar Aguda - SARA
[SDRA] leve) superada

Trat: Ceftriaxona (137/137) e Azitromicina (125/125)

Evolução: Paciente evoluindo estável, respirando em ar ambiente, consciente e orientado,
reartido ao leito. Diurese e evacuações presentes.

FC: 100, orientado, eufórico, sem febre, hidratado e normocorado.
AR: RCR em 21, BCNF, S/S.

AR: RV diminuído em bases, bilateralmente.

Abd: plano, sem dor a palpação superficial ou profunda, sem visceromegalias. RHA +
Ext: Dos perfusão periférica, edema em perna direita (1+/4+) com hematoma importante
SN: Glasgow de 15 (RM 6; RV 5; AO 4).

13.
re-operatório checar
Manter o suporte clínico
Aguarda resolução cirúrgica

Dr. Marcelo Parente Oliveira
CRM - 090000

ALUNO ACADEMICO
CRM - 090000



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Anotações de Enfermagem

28/10/2017
12:03:34
MARIADS

Paciente: 00050049 JOSE ALISSON DA SILVA
Atendimento: 03121420
Unidade: APARTAMENTO SIMPLES
Médico: MARCELO PARENTE OLIVEIRA

Convênio: SUS - INTERNACAO
Leito: , BLOCO I, APTO 8-2
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT
CIRURGICA

Anotações de Enfermagem

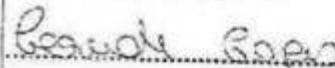
28/10/17

07:35 IL. CLIENTE SENDO ENCAMINHADO PARA S.O.


JACQUELINE SANTOS 558190

09:40 PACIENTE RETORNADA SO CALMO CONSCIENTE MANTEM
VENOCLISE MID ENFAIXADO MEDICADO SOB CUIDADOS

PA= 12X8 T=36.5°C


LEONEIDE LOPES COREN 931309



HOSPITAL MATER SAO VICENTE DE PAULO
MV 2000 - Sistema de Gerenciamento da Unidade
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1/1
Emitido Por: CMMACEDO
Data: 20/10/2017 13:58

PRESCRIÇÃO.: 1083684 DATA: 20/10/2017 14:00
USUÁRIO.: CMMACEDO
ATENDIMENTO: 3121420 DT NASC: 31/05/1997 (20A 4M 21D)
CONVÊNIO.: SUS - INTERNACAO
PACIENTE.: 50049 - JOSE ALISSON DA SILVA
PESO.: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNACAO.: 17/10/2017 09:59 3 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Medico

MÉDICO.: MARCELO PARENTE OLIVEIRA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: BLOCO I LEITO.: APTO 9-2 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLER
CID.: S822 FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA CÍCLO.: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

3121420

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES LABORATORIAIS

	Qtd	Unidade	SN	Apel	Frequência	Data	Horários
13 HEMOGRAMA COMPLETO	1						
Obs.: Indicação:							
14 UREIA - BIOQUIMICA	1						
Obs.: Indicação:							
15 CREATININA - BIOQUIMICA	1						
Obs.: Indicação:							
16 SODIO - BIOQUIMICA	1						
Obs.: Indicação:							
17 POTASSIO - BIOQUIMICA	1						
Obs.: Indicação:							

Transcrito Por:

Marcelo Parente Oliveira

CMMACEDO
COREN: 257993

A Pedido de:

MARCELO PARENTE OLIVEIRA
CRM: 13172



HOSPITAL MATER SAO VICENTE DE PAULO
MV 2000 - Sistema de Gerenciamento da Unidade
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1/2
Emitido Por: PLUZ
Data: 20/10/2017 16:28

1ª VIA

Rubrica do
Médico

PRESCRIÇÃO.: 1083721 DATA: 20/10/2017 16:30
USUÁRIO..... PLUZ
ATENDIMENTO: 3121420 DT NASC: 31/05/1997 (20A 4M 21D)
CONVÊNIO.... SUS - INTERNACAO
PACIENTE.... 50049 - JOSE ALISSON DA SILVA
PESO..... ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 17/10/2017 09:59 3 DIAS(S) INT
MÉDICO..... MARCELO PARENTE OLIVEIRA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA
UNID. INT.: BLOCO I LEITO... APTO 9-2 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES
CID..... S522 FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA CICLO... /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

3121420

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS

18 (D1/5) AZITROMICINA 500MG COMPRIMIDO Qtd Unidade SN Api Frequência Data Horários
1 COMPRIMIDO VC 24hs/24hs [21/10] 

Justificativa: FICHA DE ANTIMICROBIANOS

Origem da Infecção
(X) Comunitária () Hospitalar
Sítio da Infecção
(X) Pneumonia () PAVM
() Amigdalite
() Sinusite () Otite
() Puerperal/Abortamento Infectado
() Urinário (ITU baixa) () Urinário (ITU alta)
() Partes Moles / Inf. Necrotizantes
() Corrente Sanguínea () Caroter Vascular
() Neutropenia febril
() Apendicite () Diarreia aguda
() Colite pseudomembranosa
() Colangite () Pancreatite
() DSTs
() Diverticulite () DIP
() Orquiepididimite
() Osteomielite () Artrite
() Meningite
() Endocardite () Peritonite secundária
() Abscesso hepático () PSE
() Pé diabético leve () Pé diabético moderado
() Pé diabético grave
OUTRO SÍTIO:
Uso prévio de antimicrobianos? () Sim (X) Não
Quais:
Tempo de duração:
Coletou cultura? () Sim (X) Não
Data da coleta:
Sítio da coleta:
Alteração da função renal? () Sim () Não
Alteração da função hepática? () Sim (X) Não
Dose do antibiótico prescrito:
Tempo previsto de tratamento: 7 DIAS
ANTIBIÓTICO PRESCRITO CONFORME PROTOCOLO DO HOSPITAL?
(X) Sim () Não
Se não, justificar:

Auditoria:
() Autorizado () Autorização parcialmente () Não
autorizado



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Evolução Médicos

20/10/2017

09:15:00
JVLUNA

Paciente: 00050049 JOSE ALISSON DA SILVA
Atendimento: 03121420

Unidade: APARTAMENTO SIMPLES

Médico: MARCELO PARENTE OLIVEIRA

Convênio: SUS -

INTERNACAO

Leito: BLOCO I, APTO
9-2

Serviço: ORTOPEDIA E
TRAUMAT
CIRURGICA

Evolução Médica

#PACIENTE DE 20 ANOS VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTA EXAMES RADIOGRÁFICOS EVIDENCIANDO FRATURA DIAFISÁRIA EM TÍBIA E FÍBULA DE MID.

Paciente evolui com febre no dia anterior, associado com creptos em bases bilateralmente. Apresentou também hemoptise e dispneia na noite anterior. Encontra-se com máscara de O2.

#EXAME FÍSICO:

AAA, HIDRATADO, NORMOCORADO, DISPNEICO

ACV: BCNF. EM 2T, S/S

AR: MV+ com creptos em bases bilateralmente

ABD: RHA +

EXT: MOTRICIDADE PRESERVADA EM REGIÃO DISTAL DE MEMBRO FRATURADO, NÃO APRESENTA SINAIS DE ISQUEMIA.

EXAMES:

19/10: Hb 12,2; Leuco 17300 (2%); PlaQ 170 mil

17/10: Hb 13,0; Leuco 12000 (1%); PlaQ 142 mil; Ur 13; Cr 1,1; TAP 1,55 (41%); TTPA 25,7s

#CD:

Solicito TC de tórax devido à hemoptise, dispneia e creptações bilaterais
Aguarda resolução cirúrgica

Dr. Washington M. Eschimo
Ortopedia e Traumatologia
20/10/2017

ALUNO ACADEMICO
CRM - 000000



**Hospital Maternidade São Vicente
de Paulo**
Evolução Médicos

20/10/2017

16:31:02
PLUZ

Paciente: 00050049JOSE ALISSON DA SILVA
Atendimento: 03121420

Convênio: SUS -
INTERNACAO
Leito: , BLOCO I, APTO
9-2
Serviço: ORTOPEDIA E
TRAUMAT
CIRURGICA

Unidade: APARTAMENTO SIMPLES

Médico: MARCELO PARENTE OLIVEIRA

Evolução Médica

AValiação Clínica Médica

PACIENTE DE 20 ANOS VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO. APRESENTA EXAMES RADIOGRÁFICOS EVIDENCIANDO FRATURA DIAFISÁRIA EM TÍBIA E FÍBULA DE MID.

PACIENTE VEIO EVOLUINDO COM FEBRE E INICIOU DISPNEIA DESDE ONTEM TAC DE TÓRAX EVIDENCIA ACOMETIMENTO DE PARÊNQUIMA PULMONAR EXTENSO BILATERAL, COM ALGUMAS ÁREAS QUE PARECEM ÁRVORE EM BROTO

AO EXAME:

PACIENTE TAQUICÁRDICO (FC:105), DISPNEICO+2/4+, AAA, HIDRATADO

ACV/AR: NDN

ABD: NDN

MMII: MID IMOBILIZADO COM TALA

HD: PNEUMONIA EXTENSA

CD:

RESGATAR LAUDO DEFINITIVO DE TC

SOLICITEI EXAMES LAB

MANTENHO ROCEFIN E ASSOCIO AZITRO


PATRÍCIA FERREIRA NEVES DA LUZ
CRM - 17319



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Anotações de Enfermagem

20/10/2017

12:26:13

JSSILVA

Paciente: 00050049 JOSE ALISSON DA SILVA

Atendimento: 03121420

Unidade: APARTAMENTO SIMPLES

Médico: MARCELO PARENTE OLIVEIRA

Convênio: SUS - INTERNACAO

Leito: , BLOCO I, APTO 9-2

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT
CIRURGICA

Anotações de Enfermagem

20/10/17

08h, cliente em uso de máscara ventury, tala em e enfaixamento em MID algo umido, oximetria de pulso, AVP puncionado novo com n°18 tentativa unica apos edema e algias no local do anterior realizado TC, apresenta tosse com escarros aspecto sangue, segue tratamento.

pa=140x80mmhg

t=37,0°C

jacqueline santos 558190



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Anotações de Enfermagem

21/10/2017
05:02:24
MVIANA

Paciente: 00050049JOSE ALISSON DA SILVA
Atendimento: 03121420
Unidade: APARTAMENTO SIMPLES
Médico: MARCELO PARENTE OLIVEIRA

Convênio: SUS - INTERNACAO
Leito: , BLOCO I, APTO 9-2
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT
CIRURGICA

Anotações de Enfermagem

20/10/17

#22h,cliente segue em O2 por cateter nasal,oxímetro de pulso, com queixas de algias M.I.D com tala gessada edema local,sob cuidados da Enfermagem,medicado conforme prescrição medica,PA=100x60mmHg T=36.5°C

21/10/11

#05h,dormiu bem ,porém dispneico em uso de O2 continuo.

maria Iolanda

Maria Iolanda Viana COREN 940918



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

Evolução do Enfermeiro

20/10/2017
17:05:12
CMMACEDO

Paciente: 00050049JOSE ALISSON DA SILVA
Atendimento: 03121420
Unidade: APARTAMENTO SIMPLES
Médico: MARCELO PARENTE OLIVEIRA

Convênio: SUS - INTERNACAO
Leito: , BLOCO I, APTO 9-2
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT
CIRURGICA

Evolução do Enfermeiro

Evolução Diurna 20/10/2017

Cliente jovem, 20 anos, vítima de acidente de moto há 4 dias apresentando fratura de tibia direita. Evolui estado geral comprometido, consciente, orientado, dispnéico (24rpm) em uso de O2 por cateter nasal com SPO2 90 - 95%, afebril no momento, porém apresentando picos febris esporádicos, hidratado, acianótico, hipocorado e normotenso. Possui AVP e membro inferior direito em tala gessada. Apresenta ferimento extenso suturado em calcâneo direito, escoriações em região dorsal. Iniciado rocefin. Referiu hematúria hoje no período da tarde.

1 - Realizou TC de tórax

16:20h - Teve parecer da clinica médica (Dr. Patrícia Luz), foi acrescentado Azitromicina. Colhido exames laboratoriais. Aguarda coleta de BAAR em três amostras. Segue sob cuidados da equipe de enfermagem.

Clara Mel NE de Sá Barreto G Macedo
CLARA MEL NE DE SA BARRETO G MACEDO
COREN - 257963



**Hospital Maternidade São Vicente
de Paulo**
Anotações de Enfermagem

22/10/2017
05:26:41
JSSANTOS

Paciente: 00050049JOSE ALISSON DA SILVA
Atendimento: 03121420
Unidade: APARTAMENTO SIMPLES
Médico: MARCELO PARENTE OLIVEIRA

Convênio: SUS - INTERNACAO
Leito: , BLOCO 1, APTO 9-2
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT
CIRURGICA

Anotações de Enfermagem

21/10/2017

20:00 evolui com estado geral comprometido ,em O2 por mascara de venturi .em repouso no leito segue sob cuidados.

PA130/80MMHG T36.8°C.

SPO2 =96% FR= 24RPM FC = 104BPM

Josicleide Silva -----Josicleide silva COREN 852465

20:30Pac. apresentando bolhas em perna direita. Enfermeiro da supervisão não autorizou colocar a tala.

Deocleciana dos Santos -----Deocleciana dos Santos COREN 343555

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS



Polegar Direito



José Alisson da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO
GERAL

2008829335 - 6

DATA DE
EXPEDIÇÃO

22/05/2014

NOME

JOSÉ ALISSON DA SILVA

AVELIAÇÃO

FRANCISCO SEVERINO DA SILVA

MARIA DA SILVA VITOR

NATURALIDADE

BARBALHA - CE

DATA DE NASCIMENTO
31/05/1997

DOC. ORIGEM

ERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:29.721 FOLHA:287

LIVRO:A-69 BARBALHA - CE

CPF 071.952.973-57

VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 98

SABEMI SEGURADORA S/A

12 ABR 2018

RECEBIDO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2002034083771 DATA DE EMISSÃO 30/07/2013

NOME VIRGINIA GRANGEIRO GONÇALVES VASQUES

FILIAÇÃO JOSÉ ANTONIO GONÇALVES ROSIMAR AGRA GRANGEIRO GONÇALVES

NATURALIDADE JUAZEIRO DO NORTE - CE DATA DE NASCIMENTO 03/08/1986

DOC ORIGIN CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: MARROCOS TERMO: 11574 FOLHA: 138 LIVRO: 29 JUAZEIRO DO NORTE - CE CPF: 620.351.003-30

2 VIA ASSINATURA DO DIRETOR LEI Nº 7.118 DE 29/06/83

P. 5

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESPALHO 1

Polgar Direito

Virginia Grangeiro Gonçalves Vasques

CARTEIRA DE IDENTIDADE





SABEMI SEGURADORA S/A

07 JAN 2019

RECEBIDO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Maria Tugilano Ferreira de Alencar

FOTOGRAFIA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 2001029048787
DATA 5/7/2001

NOME MARIA REGILANIA FERREIRA ALENCAR
RAIMUNDO MOREIRA DE ALENCAR E MARIA IVONETE FERREIRA ALENCAR

NATURALIDADE JUAZEIRO DO NORTE-CE
DATA DE NASCIMENTO 20/1/1989

CPF 000.000.000-00
143 JUAZEIRO DO NORTE-CE

SABEMI SEGURADORA S/A

07 JAN 2019

RECEBIDO

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
042.221.363-28

Nome
MARIA REGILANIA FERREIRA ALENCAR

Nascimento
20/01/1989

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTERIO DAS CIDADES	
DETRAN - CE	
Nº 012636179234	
54853315805	
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO	
ALIS	012636179234
01	324945809
00000000000	
CARLOS VITOR DA SILVA	
RURAIMUDO GARCIA SAMPAIO, 00338	
- PARQUE BULANDEIR	
63180000 - BARBALHA/CE	
06767470380	OCR8362
CICERO SEVERINO DA SILVA	
*****/CE	9C2JC4110BR460847
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.	GASOLINA
HONDA/CG 125 FAN KS	2011 2011
2P/OCV/124CC	PARTIC
FRSTA	
MOTOR: JC41E1B460847	

BARBALHA	16/09/2016
Igor Monte	
Detran-CE	

SABEMI SEGURADORA S/A

07 JAN 2019

RECEBIDO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE

Nº 012636179234

54853315805

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

ALLE

012636179234

VIA

0000000000

0000000000

CARLOS VITOR DA SILVA
RUARAIMUDO GARCIA SAMPAIO, 00338
- PARQUE BULANDEIR
63180000 - BARBALHA/CE

06767470350

OCR8362

CICERO SEVERINO DA SILVA

*****/CE

9C2JC41108R460847

FAS/MOTOCICLO/NÃO APLIC.

GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS

2011 2011

2P/OCV/124CC

PARTIC

PRETA

MOTOR: JC41E1B460847

BARBALHA

Igor Pontre
Superintendente

16/09/2016

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190015657

Cidade: Barbalha

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE ALISSON DA SILVA

Data do acidente: 16/10/2017

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE 1/3 DISTAL DE OSSOS DA PERNA DIREITA

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA DEFORMIDADE EM PERNA DIREITA E LIMITAÇÃO SEVERA DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO DORSAL E PLANTAR, ABDUÇÃO E ADUÇÃO DO TORNOZELO DIREITO DEVIDO A DEFORMIDADE E BLOQUEIO ARTICULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM HASTE METÁLICA E PARAFUSOS. REALIZADO TRATAMENTO FISIOTERÁPICO. ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA DESDE FEVEREIRO DE 2018.

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL SEVERO(75%) EM TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/01/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM TORNOZELO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: RENAN DE ALMEIDA SILVA

CRM do médico: 12076

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:

Alessandra Duraes Altaf

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190015657

Nome do(a) Examinado(a): JOSE ALISSON DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): R RAIMUNDO GARCIA SAMPAIO, 338 -
BARBALHA/CE - CEP 63180-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 20088293356 - SSPCE -
22/05/2014

Data e Local do Acidente : 16/10/2017 - BARBALHA - CE

Data e Local do Exame : 11/01/2019 RUA MANOEL CASSIMIRO, 34b -
JUAZEIRO DO NORTE/CE - CEP 63024-550

Resultado da Avaliação Médica

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no
acidente relatado e comprovado.**

FRATURA DE 1/3 DISTAL DE OSSOS DA PERNA DIREITA

RELATA DOR EM PERNA DIREITA AO DEAMBULAR MÉDIAS DISTÂNCIAS,
AO TENTAR CORRER E AO TENTAR SUBIR E DESCER DEGRAUS.

**II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da
alta.**

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM HASTE METÁLICA E PARAFUSOS.
REALIZADO TRATAMENTO FISIOTERÁPICO. ENCONTRA-SE DE ALTA
MÉDICA DESDE FEVEREIRO DE 2018.

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao
diagnóstico relatado.**

APRESENTA DEFORMIDADE EM PERNA DIREITA E LIMITAÇÃO SEVERA
DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO DORSAL E PLANTAR, ABDUÇÃO E
ADUÇÃO DO TORNOZELO DIREITO DEVIDO A DEFORMIDADE E
BLOQUEIO ARTICULAR.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente
trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** [X] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? ☒ Sim ☐ Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
TORNOZELO DIREITO

VII. Segundo 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 (*).

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta
avaliação médica deve ser repetida
em _____ dias

() “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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

TORNOZELO DIREITO

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

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



RENAN DE ALMEIDA SILVA CRM : 12076 / UF :CE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E APLIC. BIOMÉTRICAS

Polígrafo Dactilo

Carlos Vitor da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 2008543282 - 7 DATA DE
EXPIRAÇÃO 02/07/2013

NOME
CARLOS VITOR DA SILVA

FILIAÇÃO
FRANCISCO SEVERINO DA SILVA
MARIA DA SILVA VITOR

NATURALIDADE
BARBALHA - CE DATA DE NASCIMENTO
24/12/1995

DIG. ORIGIN

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:300 FOLHA:75V
LIVRO:A-ESPEC BARBALHA - CE
CPF 067.674.793-50

VTA

LEI Nº 7.116 DE 29-06-91

P. 1 99

SABEMI SEGUROADORA S/A

07 JAN 2019

RECEBIDO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190015657

Cidade: Barbalha

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE ALISSON DA SILVA

Data do acidente: 16/10/2017

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITAS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM HASTE INTRAMEDULAR E ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: &XSOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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: 3190015657 **Cidade:** Barbalha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ALISSON DA SILVA **Data do acidente:** 16/10/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITAS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM HASTE INTRAMEDULAR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180166102 **Cidade:** Barbalha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ALISSON DA SILVA **Data do acidente:** 16/10/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA EM OSSOS DA PERNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM HASTE INTRAMEDULAR + ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES, QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM do médico: 52.45228-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190015657

Cidade: Barbalha

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE ALISSON DA SILVA

Data do acidente: 16/10/2017

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE 1/3 DISTAL DE OSSOS DA PERNA DIREITA

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA DEFORMIDADE EM PERNA DIREITA E LIMITAÇÃO SEVERA DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO DORSAL E PLANTAR, ABDUÇÃO E ADUÇÃO DO TORNOZELO DIREITO DEVIDO A DEFORMIDADE E BLOQUEIO ARTICULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM HASTE METÁLICA E PARAFUSOS. REALIZADO TRATAMENTO FISIOTERÁPICO. ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA DESDE FEVEREIRO DE 2018.

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL SEVERO(75%) EM TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/01/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM TORNOZELO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: RENAN DE ALMEIDA SILVA

CRM do médico: 12076

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:

Alessandra Duraes Altaf

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190015657

Cidade: Barbalha

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE ALISSON DA SILVA

Data do acidente: 16/10/2017

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE 1/3 DISTAL DE OSSOS DA PERNA DIREITA

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA DEFORMIDADE EM PERNA DIREITA E LIMITAÇÃO SEVERA DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO DORSAL E PLANTAR, ABDUÇÃO E ADUÇÃO DO TORNOZELO DIREITO DEVIDO A DEFORMIDADE E BLOQUEIO ARTICULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM HASTE METÁLICA E PARAFUSOS. REALIZADO TRATAMENTO FISIOTERÁPICO. ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA DESDE FEVEREIRO DE 2018.

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL SEVERO(75%) EM TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/01/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM TORNOZELO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: RENAN DE ALMEIDA SILVA

CRM do médico: 12076

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:

Alessandra Duraes Altaf

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JOSE ALISSON DA SILVA, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: estudante, portador(a) do RG 2008829335-6, órgão expedidor SSP-CE
e do CPF: 071.952.973-57, residente no(a) Rua Raimundo Nogueira Sampaio
nº 338, bairro: Parque Sulandara, município: Barbalha, CE.

OUTORGADO:

Nome: Virginia Gonçalves C. Vazquez, brasileiro(a), estado civil: casada
Profissão: empresária, portador(a) do RG 2002034013-772, órgão expedidor SSP-CE
e do CPF: 620.352.003-30, residente no(a) Rua Tereza Filgueira
nº 101, bairro: Centro, município: Barbalha, CE.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, e quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DE VIDA, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DE VIDA e ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima JOSE ALISSON DA SILVA

Lugar e Data: Barbalha - CE, 20 MAR. 2018

1º OFÍCIO
BARBALHA/CE



JOSE ALISSON DA SILVA

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: JOSE ALISSON DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO
Profissão: ESTUDANTE
Identidade: 2000829335-6 CPF: 071.952.973-57
Endereço: RUA "DESARROLHO" 328 Bairro: PARQUE BULVARD
Cidade: BARBALHA - CE CEP: 63.100-000

OUTORGADO (Procurador)

Nome: Maria Regilania Ferreira Alencar
Nacionalidade: Juazeiro do Norte Estado Civil: Solteira
Profissão: Autônoma
Identidade: 2001029048787 CPF: 042.221.363-28
Endereço: Rua Antônio Valter Honorato Teles nº 70 Bairro: José Geraldo da Cruz
Cidade: Juazeiro do Norte - CE CEP: 63.033-030

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a Seguradora Líder dos consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários de Protocolo de Recepção de Documentos, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Ausência de Laudo do IML e demais documentos e formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar meu sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima, JOSE ALISSON DA SILVA

Local e data:

BARBALHA - CE, 10 de DEZEMBRO de 2018.

JOSE ALISSON DA SILVA

Assinatura



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0005092/19

Vítima: JOSE ALISSON DA SILVA

CPF: 071.952.973-57

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/10/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE ALISSON DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MARIA REGILANIA FERREIRA ALENCAR : 042.221.363-28

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

JOSE ALISSON DA SILVA : 071.952.973-57

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/01/2019
Nome: MARIA REGILANIA FERREIRA ALENCAR
CPF: 042.221.363-28

MARIA REGILANIA FERREIRA ALENCAR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2019
Nome: KARINE SANTANA ROMUALDO
CPF: 011.566.373-84

KARINE SANTANA ROMUALDO

Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: JOSE ALISSON DA SILVA

Nº Sinistro: 3180166102

Vitima: JOSE ALISSON DA SILVA

Data do Acidente: 16/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VIRGINIA GRANGEIRO GONCALVES VASQUES

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180166102**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12680363

