

 **Poder Judiciário**  
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

**e-SAJ Portal de Serviços**

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico de 1º Grau > Peticionamento Intermediário - Primeiro  
Grau

**MENU**

## Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



### Operação realizada com sucesso

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WBAR.19.00034708-4** em **16/07/2019 10:54:24**.

#### Orientações

- Um e-mail foi enviado para **fabiopompeu@fabipompeuadv.com.br** com os dados deste protocolo.
- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

#### Peticionante

**Nome** : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

#### Protocolo

**Foro** : Barbalha  
**Processo** : 0005426-55.2019.8.06.0043  
**Protocolo** : WBAR.19.00034708-4  
**Tipo da petição** : Petições Intermediárias Diversas  
**Assunto principal** : Seguro  
**Data/Hora** : 16/07/2019 10:54:24

#### Partes

**Solicitante** : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

#### Documentos Protocolados

Exibindo todos documentos >>Exibir 3 primeiros

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

<b>Petição*</b>	: 2613638_ELABORAR MANIFESTACAO SOBRE DOCS_01.PDF - 1-2.pdf
<b>Documentação</b>	: Protocolo de Entrega de Documentos - 1-11.pdf
<b>Documentação</b>	: Protocolo de Entrega de Documentos - 12-23.pdf
<b>Documentação</b>	: Protocolo de Entrega de Documentos - 24-37.pdf
<b>Documentação</b>	: Protocolo de Entrega de Documentos - 38-47.pdf
<b>Documentação</b>	: Protocolo de Entrega de Documentos - 48-59.pdf
<b>Documentação</b>	: Protocolo de Entrega de Documentos - 60-71.pdf
<b>Documentação</b>	: Protocolo de Entrega de Documentos - 72-85.pdf
<b>Documentação</b>	: Protocolo de Entrega de Documentos - 86-98.pdf
<b>Documentação</b>	: Protocolo de Entrega de Documentos - 99-111.pdf
<b>Documentação</b>	: Protocolo de Entrega de Documentos - 112.pdf

#### Downloads

**Anexar documentos** : Realizar download dos documentos da petição  
**Recibo** : Realizar download do recibo

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE BARBALHA/CE**

**Processo:** 00054265520198060043

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A,** previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE ALISSON DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento, bem como ratificar o pedido de improcedência da ação, pois, o Laudo informa que a parte autora não restou permanentemente inválida, motivo pelo qual não houve pagamento em sede administrativa.

Ademais, reitera a Ré que a parte autora não traz aos autos qualquer documento que comprove uma suposta condição de inválida, com a quantificação da lesão.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

BARBALHA, 15 de julho de 2019.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/CE 27954-A**

**FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR**  
**14752 - OAB/CE**



---

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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](http://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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 24 de 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.

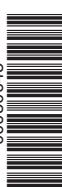
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura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

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

Juci Alisson da Silva

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	Juci Alisson da Silva	CPF titular da conta	071.952.973-57	Profissão	Estudante
Endereço	Rua Reimundo Garcia Sampaio	Número	338	Complemento	
Bairro	Brasilândia	Cidade	Barbelha	Estado	CE
Email				CEP	63.180-000
				Telefone (DDD)	(62) 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**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> 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	Name	NRO.			
AGÊNCIA	NRO.	D/V	CONTA	NRO.	D/V
7957			052.170		
(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.

Barbelha-CE, 20 de maio de 2018

Local e Data



Juci 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 ASL:  CPF da vítima: **071.950.973-57** Nome completo da vítima: **JOSÉ ALISSON DA SILVA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA [VITIMA/BENEFICIÁRIO] - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **José Alisson da Silva**  
 Endereço: **Rua Romundo Garcia Sampaio**  
 Bairro: **Parque Buranegre** Cidade: **Barbalho** Estado: **CE** CEP: **63180-000**  
 Tel.(DDD): **(68) 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 OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização / reembolso que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do seu devedor.

**RECEBIDO**

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

Declaro, sob as penas de lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que [assinalar uma das opções]:

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

Pelo motivo acima mencionado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso o conteúdo do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos:  Falecidos: Vítima deixou herdeiro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente indemnizado o Seguro DPVAT, por morte àqueles beneficiários cuja apresentarem e provarem responsabilidade criminal por infração do artigo 209 do Código Penal.

Assinatura digital da vítima/beneficiário não alfabetizado  
 Local e Data: **Barbalho-CE 20/12/2018**  
 Nome: **José Alisson da Silva**  
 CPF: **071.950.973-57**

#### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

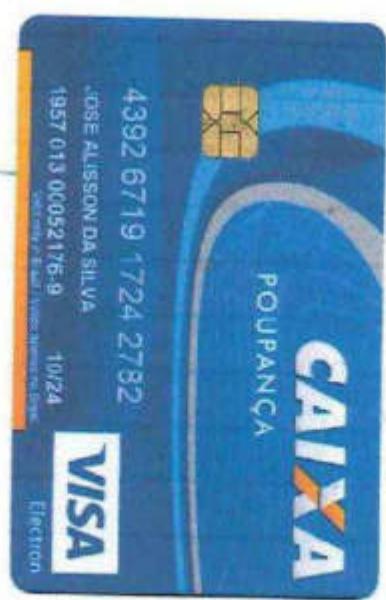
2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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.





## GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA



### BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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**

SABEMI SEGURADORA S.A.  
UF: CE  
2 ABR 2018

RECEBIDO  
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**  
Filiação: **MARIA HELENA DA SILVA LOPES**  
**MANOEL LOPES DA SILVA**  
Endereço: **RUA ESCRITUÁRIA CIRLENE DE BRITO, 394**  
Bairro: **JOSÉ GERALDO DA CRUZ** CEP:  
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



## GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA



### BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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 tibia 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) :

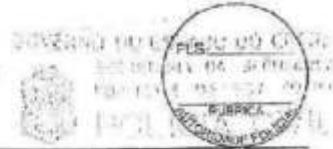
*LORNA DE AGUIAR ALENCAR BEZERRA* - MAT.: 198798-1-x

*X Jonatas da Silva lopes*





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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: **JOSE 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**

SABEMI SEGURADORA S/A

07 JAN 2019

UF: **CE**

**RECEBIDO**

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 ESCRITUÁRIA 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

Impresso em: 31/01/2018 11:29:25



<b>AUTENTICAÇÃO</b>	
A presente cópia confere com o original exibido em Notas.	
Data: <b>10 DEZ. 2018</b>	
Marcelino Maciel Torres - Titular Mayara de Sá Barreto Torres - Substituto Francisco Salviano de Lavor - Escrivente MÁRIO SOARES - COM O SELO DE AUTENTICAÇÃO	



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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 tibia 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



DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA



AUTENTICAÇÃO:	
A presente cópia confere com o original exhibido em Notas- Doutel, Barbalha/CE.	
DATA:	10 DEZ. 2018
Marcelino Maciel Torres - Titular Aylene Maria de Sá Barreto Torres Lavor - Substituta Mavaria de Sá Barreto Torres Lavor - Escrevente Francisco Salviano de Lavor - Escrevente Válido SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICAÇÃO	

Pág. 2 de 2

Impresso em: 21/01/2019 11:29:29

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 Alencar da Silva

CPF da Vítima

071.152.973-57

Data do Acidente

16-10-2017

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

J

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 atende 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.

*Botucatu, 20 de março*

Local e Data

SABEMI SEGURADORA S/A

12 ABR 2018

*José Alencar da Silva*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**RECEBIDO**



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:  CPF da vítima: **071.950.973-57** Nome completo da vítima: **JOSÉ ALISSON DA SILVA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA [VITIMA/BENEFICIÁRIO] - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **JOSÉ ALISSON DA SILVA**  
 Endereço: **Rua Romundo Garcia Sampaio**  
 Bairro: **Parque Buranegre** Cidade: **Barbalho** Estado: **CE** CEP: **63180-000**  
 Tel.(DDD): **(83) 99909-1667**

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

RENDIMENTO:  
 REUSSO 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

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **07 JAN 2019**

AGÊNCIA: **1957**  CONTA: **52176** **9**  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:  CONTA: **RECEBIDO**  
 (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas de lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que [assinalar uma das opções]:

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

Pelo motivo acima mencionado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso o conteúdo do seu conteúdo:

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos:  Falecidos: Vítima deixou herdeiro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente indemnizado o Seguro DPVAT, por morte àqueles beneficiários cuja apresentarem e provarem responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal,

Local e Data: **BORBA LHO-CE 20/12/2018**  
 Nome: **JOSÉ ALISSON DA SILVA**  
 CPF: **071.950.973-57**

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, 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.





## Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

16/10/2017

Data de Emissão

- 000000000000  
- 000000000000  
- 000000000000

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

Nome de Mãe : MARIA DA SILVA VITOR

Sexo : MASCULINO Data Nascimento: 31/05/1997

Idade: 20 Anos / 4 Meses / 16 Dias

Endereço : RUA PROJETADA H

Cidade : BARBALHA

Bairro : PARQUE BULANDEIRA

Telefone : 35327100

CEP : 63180000

Profissão Declaraada : ESTUDANTE

## Dados do Atendimento

Data : 16/10/2017

Hora : 10:33:42

CONVÉNIO: SUS - AMBULATORIO

Especialidade : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Serviço : ORTOPEDIA E TRAUMAT

Queixas :

T:

PA:

P:

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

Hora médica : \_\_\_\_\_

PACIENTE SOFRERU MIDENTE DE TRANSITO (MOTOCICLETA),  
CHEGA COM LESAO CORPO-CONTUSO EM CAVIARO PIRES/CE  
E FRACTURA DE ~~do~~ TIBIA E FÍGULA ↗

SABEMI SEGURADORA S/A

Hipótese Diagnóstica :

Cód. COD 10 :

07 JAN 2019

RECEBIDO

## Procedimento

 Imagem : RX - Perna DIREITA AP/POFIL + RX TIBIA/DOIS AP/POFIL Laboratório : Outros : SUTURA + TALCA

## Conduta

INTERVENÇÃO :

Assinatura do Paciente ou Responsável

MARCELO PARENTE OLIVEIRA  
CRM 13172Marcelo Parente Oliveira  
Ortopedia / Traumatologista  
CRM/CE 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: 00000052176-9

---

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 07042251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pela Lei n° 10.438 de

26 de abril de 2002.

## DADOS DO CLIENTE

Rota 06 013010 01 0746800

Medidor

Poste

Nome MARIA CELIA PEREIRA DA PAIXAO

414473

0000 0

Endereço Postal

Esta é a segunda via de

MAR/2018

Utilize o nº abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE

8613285

0V 7

VENCIMENTO

16/03/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

73,11

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

## DESCRIPÇÃO DA CONTA

Quantidade  Tarifa  Valor (R\$)

## ENERGIA

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

## OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES 0,09  
MULTA MORATORIA 0,79  
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S, BAIXA RENDA 1,11  
PROTECAO PREMIADA - 0800 600 0560 5,90  
CASA PROTEGIDA 0800 600 0560 7,90  
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT 14,48

## ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

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

## ICMS

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

## 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

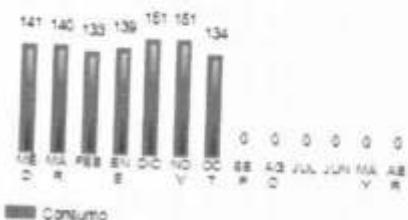
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 31,03

Conjunto BARBALHA

Mês JAN/ 2018

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

## HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente:  
Data de Emissão:8613285-7  
21/03/2018Nº da Nota Fiscal: 516365879  
Referência: MAR/2018

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

Nº de Controle: 0008613285 00006 4307 2004

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





Estácio



L11111111111111111111  
CTCE FORTALEZA CE PL8  
VIRGÍNIA GRANGEIRO GONÇALVES VASQUES  
RUA TOTONHO FILgueiras, 101 CENTRO  
MORRO DO CARMO  
63180-000 BARBALHA CE



721100021053026200004416510001037



Data de Postagem: 24/10/2017



SABEMI SEGURADORA S/A

07 JAN 2019

**RECEBIDO**

Nº DO CONTA		8613285		Até 100% da Energia Elétrica foránea pelo Lei nº 10.408 de 26 de setembro de 2002			
Para o uso da energia elétrica, utilize a rede servida por este seu fornecedor.				Companhia Energética do Ceará Rua Pedro Valério - 100 CEP 60130-040   Fortaleza CE CNPJ: 07.047.210/0001-70   CGF: 06.105.549-0			
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B / SÉRIE 8-4 / Nº 548396800				e			
Rota	06 13810 01 746800 - 0		Data de Emissão	09/11/2013			
Nome MARIA CELIA PEREIRA DA PAIXAO							
End. Postal RU RAIMUNDO GARCIA SAMPAIO 00338 PARQUE BULANDEIRA - BARBALHA - 63160000							
Medidor	414473		Posto	0000 0000			
Classe	B1 - 01-RSIDENTIAL @7-BX, RENCA MONOFASICO		CGF				
RG / CPF / CNPJ	027724683-05						
Nome do Responsável							
DATAS							
Mês de Referência	Data da Aproximação	Previsão Previsão Letra	ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO				
Nov/2013	09/11/2013	11/12/2013	Viaje a Tegorod/Colégio de sua casa.				
CENSO			Caríssimo	B60 22,57			
Tipo de Censo (TRE)   Alíquota   Valor do Imposto	Mês	2013-0,00					
112,10   0,00   0,00	DIC	0,22	Mensal	0,00			
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL	FIC	0,24	Trimestre	0,00			
112,305,00   F149,575,00   F221,52   F22	DMIC	0,24	Anual	0,00			
INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO							
Lan. Atual	Lan. Anterior	Corte	Consumo kWh	Cons. Inv.	Cons. Fat.	Tarifa (kWh)	Valor (R\$)
12	10282	10276	1.00	147	0,00	0,24,70 0,24,70 0,24,70	22,27
09/11/13	09/10/13	01/10/13	0,00	147	0,00	0,24,70 0,24,70 0,24,70	22,27
DESCRICAÇÃO						VALOR (R\$)	
VALOR CONSUMO DO MES						72,29	
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079						10,75	
MULTA MORATORIA REF. 10/2013						0,98	
JUROS DO MES						0,12	
ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL						15,63	
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA						2,35	
PROTECAO PREMIADA - 0000 600 0560						5,93	
CASA PROTEGIDA 0000 600 0560						7,98	
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES ( R\$ 5,42 )							

- "PARA CONSEGUIR Sua Cota Em DENTRO, ALGUMAS COISAS  
SEU NOME DO CLIENTE SEU E-mail VENDEMOS."  
Clique no link para ir direto a página de compra do "Algo Mais" (transfereção).  
Isso garante que o dinheiro é transferido automaticamente.

Journal of Oral Rehabilitation 2003; 30: 100–106

Tendência generalizada de redução com custo de 1,30 real e corte 1000,00 reais.

Nº DO CLIENTE  
8613285

Para agilizar seu atendimento, utilize o número  
sempre que entrar em contato conosco.

**ATende Sociedade Energética**  
Foi criada pelo Lei nº 10.400  
de 29 de abril de 2002

**Companhia Energética do Ceará**  
Rua Pedro Nogueira, 190  
CEP 60130-040 | Fortaleza CE  
CNPJ: 07047281000176 | CGF: 00103-544-3

**enel**

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº** 548896800  
Rota 06 13816 01 746500 - 0 Data de Emissão 09/11/2018

Nome MARIA CELIA PEREIRA DA PAIXAO  
End. Postal RUA RAIMUNDO GARCIA SAMPAIO 00338  
PARQUE BULANDEIRA - BARBALHA - 63160000

Medidor 414473 Posto 0000 0000  
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX, RENDA MONOFASICO  
RG / CPF / CNPJ 027724683-05 CGF

Nome do Responsável

**DATAS**

Mês de Referência	Data da Abertura	Previsão Prox. Leitura	Indic. de Qualidade do Fornecimento
Nov/2018	08/11/2018	11/12/2018	Via alegada/Qualidade dessa conta: Consumo: 09/11/18 00:00:00 ESG 22,67 Mês: 09/11/18 00:00:00 ESG 22,67

**ICMS**

Valor de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do Imposto (R\$)	Padrão Individual	Ajustado Individual
112,0	17,00	19,08	Unifor: 10,30 Anual: 1.030 Unifor: 10,30 Anual: 1.030	

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

DIC	FIC	DMIC
0,23	0,47	0,34

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Lst. Anual	Lst. Anterior	Conc.	Consumo Anual	Conc. Inv.	Conc. Faz.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
19/11/18	19/10/18	31/10/18	137	0,72	0,72	0,2690	72,29
19/11/18	19/10/18	31/10/18	137	0,72	0,72	0,2674	70,90
19/11/18	19/10/18	31/10/18	137	0,72	0,72	0,2657	70,37

**DESCRITO**

VALOR CONSUMO DO MES	VALOR (R\$)
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	72,29
MULTA MORATORIA REF 10/2018	10,75
JUROS DO MES	0,90
ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL	0,12
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA RENDA	15,83
PROTECAO PREMIADA - 0800 600 0560	2,35
CASA PROTEGIDA 0800 600 0560	5,90
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES ( R\$ 5,42 )	7,90

SABEMI SEGURADORA S/A

07 JAN 2019

RECEBIDO

VENCIMENTO 19/11/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 115,24

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

Impres	26,54
Impres	17,73
Impres	17,73
Impres	17,73
Total (PIS-COFINS)	26,54
ITBI	59,09

**HISTÓRICO DE CONSUMO (Últimos 12 meses)**

14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
14,1	14,1	110	156	136	242	132	146	140	133	139	151

**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)**

Compõe suas emissões pelo consumo de energia elétrica.  
Emissão kg (CO<sub>2</sub>) Compromisso kg (CO<sub>2</sub>) Consolidação Ecológica (kg CO<sub>2</sub>)

57,39 0,00

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE CONSUMO**

PARA DODIFAR SUA CONTA DE DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE  
SEU NÚMERO DE CLÍVING SEU NÚMERO VERIFICADOR.

Para obter mais informações entre no site da ANEEL, www.aneel.gov.br  
ou denuncie à sua concessionária, Ministério de Minas e Energia, MME, ou à Fórum.

Total da fatura R\$ 6,59 referente a PIS e Cofins, R\$ 14,09 referente a Impres, R\$ 1,03 referente a ITBI e R\$ 115,24 referente ao débito.

Valor da fatura é R\$ 115,24 com taxa de 1,03 reais e taxa 100% de autorização.

## 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 SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 Virginia Gonçalves G. Vargas inscrito (a) no CPF/CNPJ 070.351.003-130, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Alimón da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.952.973-57, do sinistro de DPVAT cobertura Indenização da Vítima José Alimón da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.952.973-57, 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 Lider-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 Tatonho Filgueira</u>		Número	Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Barreiros</u>	Estado	CEP
Email			Telefone comercial (DDD) <u>(81) 9660-4370</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 9294-2900</u>	

Barreiros, 20 de maio de 2018  
Local e Data

Virginia Gonçalves 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 SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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 9.513/98.

Pelo exposto, eu Maria Regilene Ferreira Alencar, inscrito (a) no CPF/CNPJ 092.321.363 / 28, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Alisson da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.952.973 / 57, do sinistro de DPVAT cobertura INVOLUZ da Vítima José Alisson da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.952.973 / 57, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSU-ME Renda: RECUSU-ME e apresento os documentos comprobatórios: SABEMI SEGURADORA S/A  
RECUSU-ME DECLINO 07 JAN 2019

Recuso informar:

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-D<sup>3</sup>, 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	Rua: <u>antonio walter reuveno toles</u>	Número <u>70</u>	Complemento <u>COSO</u>
Selmo	<u>distrito</u> <u>descalvado da cruz</u>	<u>Cidade</u> <u>Juazeiro do norte</u>	Estado <u>CE</u>
Email	<u>11</u>	Telefone comercial (DDD) <u>11</u>	Telefone celular (DDD) <u>11</u>

**RECEBIDO**

derego abaixo,

07/01/2019 Local e Data

Maria Regilene Ferreira Alencar  
Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, carlos vitor da silva,  
RG nº 20085432807-7 data de expedição 07/07/2013  
Órgão SEF-CE, portador do CPF nº 067.674.703-50, com  
domicílio na cidade de Barbalha, no Estado de  
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Coronel Roraima, nº 358,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Jonatas Alisson da Silva, cujo o condutor era  
Jonatas da Silva Lopes.

Veículo: moto ciclone

Modelo: Honda CG 125 FAN KS

Ano: 2011 - 2012

Placa: 00R-836R

Chassi: 9CPTL4120ER460847

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)



Reconheço(a)s Firma(s) de:  
VITOR DA SILVA LOPES  
POR AUTENTICIDADE  
- 1 -

20 MAR. 2018

I) Bel. Macêdo Maciel Torres - tabelião  
I) Bel. Ayla Maria S. B. Torres - Substituta  
I) Maria das S. B. Torres Lavor - Escrivente  
Francisco Saliviano de Lavor - Escrivente



Reconheço(a)s Firma(s) de:  
JONATHAS DA SILVA LOPES  
POR AUTENTICIDADE  
- 1 -

21 MAR. 2018

I) Bel. Macêdo Maciel Torres - tabelião  
I) Bel. Ayla Maria S. B. Torres - Substituta  
Maria das S. B. Torres Lavor - Escrivente  
Francisco Saliviano de Lavor - Escrivente

## 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 067.674.703-30, com domicílio na cidade de  
Bonfim, no Estado de Ceará,  
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Raimundo Gonçalves  
Sandoso, 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 José  
Alisson da Silva, cujo o condutor no momento do  
acidente era Jonatas da Silva Lopes.

Veículo: MOT

Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS

Ano: 2011/2011

Placa: OCR 8362

Chassi: 9C2JC4H10BR960847

Data do Acidente: 16/10/2017



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



Carson Vitor da Silva

(Assinatura do Declarante)

Jonatas da Silva Lopes

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamar do sinistro)

SABEMI SEGURADORA S/A

07 JAN 2019

RECEBIDO

OBS: Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade





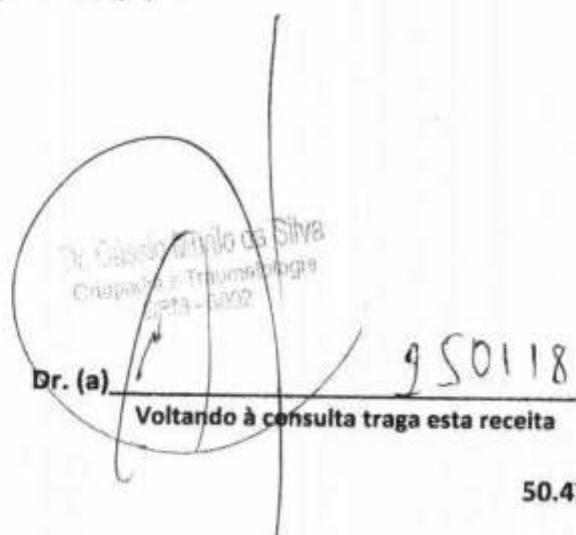
HOSPITAL MATERNIDADE  
SÃO VICENTE DE PAULO

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

Nome: Dr. Alisson da Silva  
Nº doc. \_\_\_\_\_

Loudão  
Otorrinolaringologista  
Orident & Transfuso (sic)

Foi tratado cinqüenais por  
fistula em ossos da perna  
e/ou hoste intramedular bloqueada.  
Está hoje d alto desempenho e  
funcionamento.



Atendimento: 3121420

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

Paciente: 50049 JOSE ALISSON DA SILVA

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

Serviço: 19 ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA Convênio: I SUS - INTERNACAO  
Unidade: 296 ARTRO-OP Plano: I PLANO UNICO  
Socorro: 1 ALTA MELHORADA Usuário: JV LUNA  
ID: 5522

FRATURA DA DIÁFISE DA TIBIA

Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TIBIA.

Descrição do Atto:

1. T.R.C. ROME. ALISSON DA SILVA. 15º DIF. 2 DPO DE OSTEOSÍTESE EM TIBIA DIREITA COM USO DE GESSO E SISTEMA DE FIXAÇÃO ANTROMICINA (DS/DS).

2. PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL RESPIRANDO EM AR AMBIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO, RESTRITO A  
3. HUMEDADES E EXACERVAÇÕES PRESENTES.

4. PACIENTE ESTÁVEL, FARMACO ACANÓTICO, AFEBRIL, HIDRATADO E NORMOCORADO.

5. PULSO: BEM.

6. PULSO: SEM DIFUSO, BILATERALMENTE.

7. PULSO: SEM DIFUSO, A PALPACAO SUPERFICIAL OU PROFUNDA, SEM VISCEROMEGLIAS RHA +

8. PULSO: PERFUSÃO PERIFÉRICA, EDEMA EM PERNAS DIREITA (1+4+) COM HEMATOMA IMPORTANTE  
9. MANEJO DA DS (PMR) RV 5 (AC 4)

10. RETIRADA ALTA COM ORIENTAÇÕES SOBRE RETORNO MEDICACOES DE USO DOMICiliar E CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS.

Dr. (c) MARCELO PARENTE OLIVEIRA

CRM: 12152  
CRM-SP: 12152  
Órgão: Ortopedia e Traumatologia  
Data: 12/10/2017

09/10/17

07.00hs.

3532-7100



Este ato foi pago com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

WWW.SERVICENTRE.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 tibia e da fíbula em fase de consolidação, notando-se haste metálica intramedular tibial.

JOSÉ AÉCIO DE ARAUJO SANTANA  
CRM 2334

SABEMI SEGURADORA S/A  
12 ABR 2018  
RECEBIDO



P: 60  
61 - 162

17/10/2017

Data de Emissão

## Ficha de Anamnese de Internação

Unidade Prestadora : HOSPITAL MATERNIDAD SAO VICENTE DE PAULO

SENHA :

### Dados do Paciente

Nome : JOSE ALISSON DA SILVA

Paciente : 50049

Sexo : MASCULINO Data Nascimento: 31/05/1997

Idade: 20 Anos / 4 Meses / 17 Dias

Usuário do Cadastro :  
Usuário do Atendimento :

CBAMV  
L.JUNIOR

Nome da Mãe : MARIA DA SILVA VITOR

Atendimento

3121420

Nome do Pai: FRANCISCO SEVERINO DA SILVA

Endereço : RUA PROJETADA H

Número : 343

Bairro : PARQUE BULANDEIRA

Cidade : BARBALHA

CEP : 63180000

Telefone : 992571803

### Dados do Atendimento

Data : 17/10/2017 Hora : 09:59:14

Convênio:SUS - INTERNACAO

Especialidade : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

SAME : 3284193

Serviço :ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA

Unidade :BLOCO 1

Leito :APTO 9-1

Profissão Declarada : ESTUDANTE

Assinatura do Paciente ou Responsável

## RESUMO DE TRATAMENTO

História da doença atual:

Rompeu vítima de acidente de moto , estou apresentando com exame radiográfico evidenciando fratura diafisária em tibia e fíbula. D

Antecedentes:

Vaga alergias/comorbilidades.

SABEMI SEGURADORA S/A

07 JAN 2019

RECEBIDO

Exame Físico.:

AAA, membra crônica hidratada /ACV: BCNF, EM 2T, SIS / AP: MV+ SISA/ QBD: RHA(S) / MOVIMENTAÇÃO PRESERVADA E SISTEMA DE ISQUERNA EM REGIÃO DISTAL À FRATURA

Hipótese Diagnóstica:

FRATURA DIAFISÁRIA DE TIBIA E FÍBULA D

Diagnóstico Definitivo:

FRATURA DIAFISÁRIA DE TIBIA E FÍBULA D

Alta em....: 20-10-17

Condições de Alta.:

MARCELO PARENTE OLIVEIRA  
CRM 13172

ATO  
Marcelo Parente Oliveira  
Cirurgião-Dentista



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

Radiologia - HMSVP

Atendimento: 3198352  
50049 - JOSE ALISSON DA SILVA

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

Paciente.....:  
Solicitante....: CASSIO MURILO DA SILVA  
Convênio.....: SUS - AMBULATORIO  
Bioco.....: SERVICO DE TRAUMA/ORTOPEDIA

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.

JOSÉ AÉCIO DE ARAUJO SANTANA  
CRM 2334



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo  
Anotações de Enfermagem

29/10/2017  
05:16:57  
MIVIANA

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 algas, medicado conforme prescrição.

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

/10/2017

05h, segue sem intercorrência, aos cuidados.

*Maria Iolanda* ----- Maria Iolanda Viana COREN 940918

REGISTRO DE ATENDIMENTO CLÍNICO  
CRM-SP - Série: 00000000000000000000000000000000  
Paciente: Dr. Thiago Leal

Página: 1/2  
Folha de Faz.: 01/01  
Data: 29/10/2017 10:00

PROXIMADA: JORGESAO DATA: 23/10/2017 12:00

PROFISSÃO: BEBÊ  
NOME: 3131420 DT NASC: 31/12/1997 (29) AN 32D  
SEXO: M  
NOME: DR. THIAGO LEAL  
CNPJ: 00000000000000000000000000000000  
ENDERECO: RUA: DOUTOR ADONIS DA SILVA  
CEP: 04020-000  
CIDADE: SÃO PAULO  
UF: SP  
DATA CADASTRO: 10/10/2017 09:39:10 DIA(S): 100

1ª VIA

Referência:  
detalhe

DATA CADASTRO: 10/10/2017 09:39:10 DIA(S): 100  
DATA ÚLTIMA ATUALIZAÇÃO: 10/10/2017 09:39:10 DIA(S): 100  
ÚLTIMA CONSULTA: 10/10/2017 09:39:10 DIA(S): 100

2010142000

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS	DOSE/UNIDADE	SC/IV	Frequência	Data Horário	
1. CLOZETAMOL 500MG 100CP	1 UNID C/2ML	EN IV	BID/8HS	[29/10] 12	
2. ALGAESTERIL 10ML	1 AMPOLA				
3. CLOZETAMOL 500MG 100CP	1 AMPOLA	IV	24HS/24	[29/10]	✓
4. CLOZETAMOL 500MG 100CP	1 FRASCO 100G	SC	24HS/24	[29/10]	✓
5. CLOZETAMOL 500MG 100CP	1 AMP C/10 25ML	SC	12HS/12HS	[29/10]	✓
6. CLOZETAMOL 500MG 100CP	1 AMP C/10 25ML	SC	12HS/12HS	[30/10]	✓
7. ESTERIGO	1	SC	12HS/12HS	[29/10]	12

Dr. Thiago Leal  
Ortopedia e Traumatologia  
Av. São Geraldo José  
Câmara 1945 - REPT 13030  
Centro - SP - CEP: 01303-000

HOSPITAL DA UFSCAR VICENTE DE PAUL -  
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
Faculdade de Medicina de São Paulo

Página 02  
Emiss. Por: EFAI  
Data ...: 26/02/2017 08:00

REGISTRO: 1086540 DATA: 26/10/2017 12:00

USO: 0076  
PROBLEMA: 3121420 OP BASE: 31/05/1997 (20A 4M 30D)  
PROBLEMA: SUB = INTERNACAO  
SUB: 00001 - JOSE ALFONSE DA SILVA  
SUB: ALFONSE - SUB CORPOMA  
ALERTA: 17/11/2017 00:59 12 DIAS(B) INT

1º VIA

Rubrica da  
Médico:

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM

- MEDIAS VITais  
- APERF. SINAIS VITAIS

Cto Unidade	SN	Ano	Frequência	Dia Realizado
			Continua	[26/10] 12
			Semanal	[29/10] 12
				[30/10] 07:00

ALUNO AGENTES  
CRM: 00000

Hospital Maternidade São Vicente de Paulo  
Evolução Médicos

29/10/2017

09:09:45

BFAU

Paciente: 60050049 JOSE ALISSON DA SILVA  
Aventamento: 03121420

Endereço: 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, 4º DH, FDPD DE OSTEOSÍTESE EM TIBIA  
LATERAL.

EVOLUÇÃO: Paciente desabafa com dor materna e fadiga difusa - Aguarda atendimento cirúrgico  
2. Instabilidade respiratória aguda (superior): LPA (Lesão Pulmonar Aguda - SARA)  
e Síndrome superior.

Exame: Círurgico (17/10) e Azitromicina (15/10)

Evolução: Paciente evoluindo estável, respirando em ar ambiente, consciente e orientado.  
Cardio: regular. Diurese e evacuações presentes.

EVOLUÇÃO:  
P.A: 1. P.BG, orientado, coprêvo, acalótico, afibril, hidratado e normotizado.  
ACV: RGR em 2V, BUN: 8/S.

ABD: placo, sem dor à palpação superficial ou profunda, sem visceromegalia. RHA:  
Hb: 9,6 perfusão periférica, ecema em perna direita (1+4-) com hemorragia importante  
ISS: 4,4 (sobrada de 15) RM: 6; RV: 5; AD: 4).

MANIFESTAÇÃO DE SINTOMAS:  
VIGILÂNCIA PRESSÓRICA E DE SINAIS VITAIS:  
EXA PROGRAMADA P/ AMANHÃ.

Dr. Thiago Leal  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM: 10468 / EOT: 13035

ALIANÇA ACADÉMICA  
CRM - UCDB/UFSC



**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 1ºDPO 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°

M<sup>a</sup> DANIELE DA SILVA VIEIRA=  
COREN-927273 



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo  
Anotações de Enfermagem

30/10/2017  
05:28:27  
DSCRUZ

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

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

HOSPITAL MATER SAO VICENTE DE PAULO  
MI-2130 Sistema de Gerenciamento da Unidade  
Instituto de Pronto-Atendimento / Unidade

Página: 1/1  
Paciente Pren.: JVLLNA  
Data.: 30/10/2017 07:20

PREScrição.: 1086722 DATA: 30/10/2017 12:00

UNIARIO.: CVLUNA

ATENDIMENTO: 3121420 DT NASC: 31/05/1997 (20A 3M 0D)

CONVENTO.: SUS - INTERNACAO

PACIENTE.: 50049 - JOSE ALFONSE DA SILVA

SEXO.: M ALTURA.: 1.75 PESO.: 70.0 KG

INSCRIÇÃO.: 17/10/2017 09:59 13 DIAS(S) INT

1º VIA

Rubrica do  
Médico

\*2121420\*

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

#### PROCEDIMENTO DE ALTA

Qtd Unidades SN AP Frequência Data Horários

1 UNIA MEDICA

A  
ALUNO ACADEMICO  
CRM-00076  
Dr. Celso Murilo da Silva  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-6602  
CPF - 34631342372

Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

30/10/2017

Evolução Médicos

07:26:12

JVLUNA

Paciente: 300500-9 JOSE ALISSON DA SILVA

Endereço: 03121420

Convênio: SUS -  
INTERNACAO

Unidade: APARTAMENTO SIMPLES

Leito: BLOCO I, APTO  
8-2

Médico: MARCELO PARENTE OLIVEIRA

Serviço: ORTOPEDIA E  
TRAUMAT  
CIRURGICA

### Evolução Médica

PACIENTE: JOSE ALISSON DA SILVA, 15º DHL, 2ºDPO DE OSTEOSINTESIS EM TIBIA  
DIRITA.

EVOLUÇÃO: Paciente com lesão em Tibia direita e Fibula direita.

"já se manifesta respiratória aguda (superficial); LPA (Lesão Pulmonar Aguda - SARA)  
[SARA], com superexa.

Tratamento: Cefalosporina (D7-D7) e Azitromicina (DS/DS)

EVOLUÇÃO: Paciente evoluindo estável, respirando em ar ambiente, consciente e orientado,  
responde no leito. Diurese e excreções presentes.

14:

- AHB: orientado, capte sítio, acalmetado, afebril, hidratado e normoclorêmico.

A&V: RGR em 11,4Kg/m², S.S.

A.R: MV diminuído em bases, bilateralmente.

Abd: plena, sem dor à palpação superficial ou profunda, sem visceromegalias. R.E.A -  
P.A: Boa perfusão periférica, edema em perna direita (1/4) com hematoma importante  
SN: cilioscopia de 15 (RM 6; KV 5; AO 4).

15/10:

alta médica

Dr. Cassio Marinho da Silva  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM - 6002  
CPF - 34631523372

ALVARO ACADEMICO  
CRM - 02000



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=36.7ºc

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

  
jacqueline santos 558190



**Hospital Maternidade São Vicente de Paulo**  
**ESCALA DE BRADEN**

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

Paciente: 00050048 - JOSE ALISSION DA SILVA  
Atendimento: 03121420  
Unidade: BLOCO I, APTO 9-2  
Médico: MARCELO PARENTE OLIVEIRA

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

**ESCALA DE BRADEN**

**LESÃO POR PRESSÃO:** Admissão no HMSVP sem LP  com LP  Estágio:  
Entrada no Sator.....: sem LP  com LP  Estágio  
Saída.....: sem LP  com LP  Estágio

	Data: 18/10/2017	Data: 23/10/2017	Data:	Data:	Data:	Data:
PERCEPÇÃO SENSORIAL	4	4				
UMIDADE	3	3				
ATIVIDADE	1	1				
MOBILIDADE	4	4				
NUTRIÇÃO	4	4				
FRICÇÃO E CISALHAMENTO	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 À 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 PLANÃO.	OCAISIONALMENTE UMIDA: NECESSITANDO DE TROCA DE ROUPA DE CAMA UMA VEZ POR DIA.	RARAMENTE UMIDA: A PELE GERALMENTE ESTÁ SECA
ATIVIDADE	ACAMADO: MANTEM-SE SEMPRE NO LEITO.	RESTRITO A CADEIRA: PRECISA SER AJUDADO PARA SENTAR-SE EM CADEIRA.	OCASIONALMENTE: PASSA MAIOR PARTE DO TEMPO NA CAMA OU NA CADEIRA.	CAMINHA FREQUENTEMENTE
MOVIMENTO	COMPLETAMENTE IMOBILIZADO: NÃO FAZ NENHUM MOVIMENTO DO CORPO.	MUITO LIMITADO: FAZ PEQUENAS MUDANÇAS NO ENTANTO, É INCAPAZ DE FAZER MUDANÇAS SIGNIFICATIVAS 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 REUSSIU A ALIMENTAÇÃO
FRICÇÃO E CISALHAMENTO	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.	

*Meline Macêdo*



## Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

### Radiologia Centro de Imagem - HMSVP

Atendimento: 3121420  
50049 - JOSE ALISSON DA SILVA

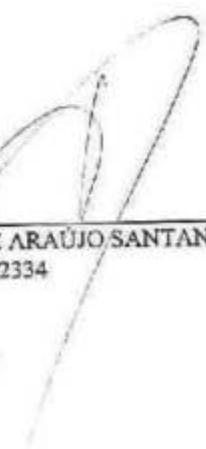
Pedido...: 788159  
Idade.....: 20a 5m 1d

Paciente.....;  
Solicitante...: CARLA SILVA NOBRE ROCHA PESSOA  
Convênio.....: SUS - INTERNACAO  
Bloco.....: BLOCO I - CLIN CIRURGICA

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

### TORAX PA

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

  
JOSE AECIO DE ARAUJO SANTANA  
CRM 2334

Armadilharia: 3121420

Di Atendimento: 17/10/2017 - 09:59 Di Alta: 30/10/2017 - 07:21

Paciente: 50049 JOSE ALISSON DA SILVA

Serviço: 16 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Convênio: 1 SJS - INTERNACAO

Item: 292 ALTA 2-2 Plano: 1 PLANO UNICO

Via de Alta: 1 ALTA MELHORADA Leitura: JVLUNA

Cód: S822 FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

Procedimento de Alta: 04CE060500 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

Descrição de Alta:

01/10/2017 JOSE ALISSON DA SILVA, 15º DH, 2º DPO DP OSTEOSÍNTESE EM TÍBIA DIREITA COM USO DE HASTE  
+ 1/2 CEFTRIACINA (DINOB) + AZITROMICINA (DS/DS).

Evolução: PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, CONSCIENTE E ORIENTADO, RESTRITO AO  
- ITI. DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

- 1.º dia: ACONTECENDO, LUTÁTICO, ACALMADO CO. AFEBRIL, HIDRATADO E NORMOCRADO.

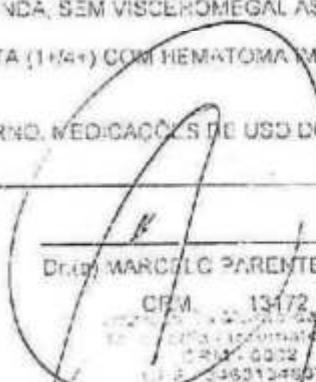
2.º dia: 09/10/2017, BOM. S/S

AR: 17/ MINUTO EM BASES: BILATERALMENTE.

ABD: 18 ANO, SEM DOR A PALPAÇÃO SUPERFICIAL OU PROFUNDA, SEM VISCEROMEGLAS: RHA+

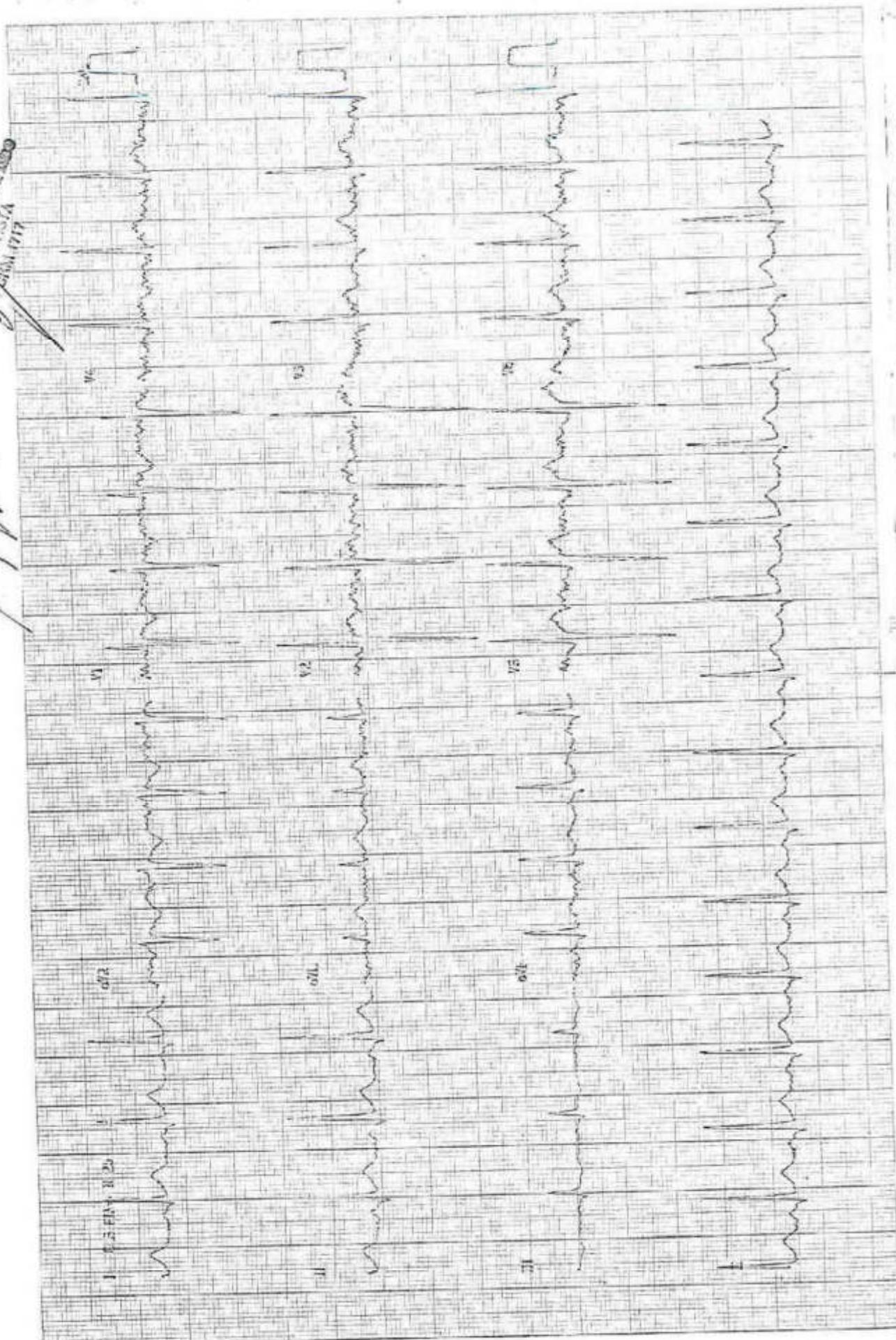
EXA: 1/1A PFRUSÃO PERIFÉRMICA, EDEMA EM PFRNA DIREITA (1+4+) COM HEMATOMA IMPORTANTE  
- 2.º dia: 10/10/2017 (RM: 0 1/1.5, AO 4)

PROG: INSTRUCTÓRIAS ALTA COM ORIENTAÇÕES SOBRE RETORNO, MEDICAÇÕES DE USO DOMICILIAR E CUIDADOS POS-  
OP. A CONSULTA



AT = 3121420  
UT - A

May 2nd  
Dobson, Warren A., P.M.  
Chestnut Hill, MA





**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, UTI ADULTO 110-5  
Médico: MARCELO PARENTE OLIVEIRA

Convênio: SUS - INTERNACAO  
Leito: UTI - ADULTO  
Serviço: ORTOPEDIA E TRALMAT 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: 23/10	Data: 24/10	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:
PERCEPÇÃO SENSORIAL	4	4					
UVICIDADE	3	3					
ATIVIDADE	1	1					
MOBILIDADE	2	3					
NUTRIÇÃO	4	4					
FRICÇÃO E CISALHAMENTO	2	2					
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>17</b>					
LP DURANTE A INTERNACÃO	Sem LP	Sem LP					
RÚBRICA	Thago	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 À 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 TROCADAS PELO MENOS UMA VEZ DURANTE O PLANTÃO.	OCAZIONALMENTE UMIDA: NECESSITANDO DE TROCA DE ROUPA DE CAMA UMA VEZ POR DIA.	RARAMENTE UNIDA: A PELE GERALMENTE ESTÁ SECA.
MÓVILIDADE	ACAMADO: MANTEM-SE SEMPRE NO LEITO.	RESTRITO A CADEIRA: PRECISA SER AJUDADO PARA SENTAR-SE EM CADEIRA.	OCASIONALMENTE: PASSA MAIOR PARTE DO TEMPO NA CAMA OU NA CADEIRA.	CAMINHA FREQUENTEMENTE
OBILIDADE	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
UTRIÇÃO	MUITO POBRE: ESTÁ EM JEJUM OU MANTIDO EM DIETA DE LÍQUIDOS CLAROS OU HIDRATAÇÃO ENDOVENOSA POR MAIS DE CINCO DIAS.	PROVAVELMENTE INADEQUADA: RAREMENTE 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 CISALHAMENTO	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 JONÉ ALISSON DA SILVA, 20 anos, sofreu acidente motociclistico no dia 16/10/2017, apresentando fraturas classificadas de tibia e fibula direitas, sendo no dia do internamento, descartadas lesões em outros sistemas. O paciente vem apresentando febre desde o 2º DIH, com presença de leucocitose no hemograma de 19/10 (17300, com 2% de basófilsos), associado a creptos difusos em ambos os hemitórax, dispneia com respiração abdominal, taquipneia (52 ipm) e tosse cheia, acompanhada de hemoptise, dessaturação frequente. Apresenta também compressão de tecidos moles circunjacentes à fratura pélvica mesma, com risco de rompimento. Feita TC de pulmão, porém aguardo laudo. Em uso de hidrocortisona, nebulização com berotec e ipratropio, tramadol fixo 8/8h, D2 de ceftriaxona 1g 12/12h + azitromicina 500mg 24/24h. A clínica médica solicitou ontem cultura de BAAR, e hoje foram solicitados exames (teste rápido de HIV, TGO, TGP, 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. Maxwell Rolim da Costa  
Residência em Clínica Médica  
OFTALMOLOGISTA

*Recebido solicitação*

*Conselho de Administração  
Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo  
21/10/2017*

Berbelha, 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, Emilia 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 existe 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 NEUROLOGICAS 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. Confirmei que recebi explicações, li, comprehendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dado a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.

Nome Legível: \_\_\_\_\_ Assinatura: Emilia da Silva Vitor RG: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Testemunha 1: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Testemunha 2: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Baralha, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 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.

Baralha, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Bloco 1 g.1

16/10/17

g-2

Atendimento: 3119956

Pedido: \*707101\*

767194

Data do Pedido: 16/10/2017

Controle: 152517

Paciente: 50049

JOSE ALISSON DA SILVA

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

Leito:

Unid. Intern:

Sexo: MASCULINO

Medico Solicitante: C10448 OTAVIO CRUZ SAMPAIO NETO (HMSVP)

Local: SALA DE EXAME

Setor Solicitante: PRONTO SOCORRO ADULTO

Plano: PLANO UNICO

Setor Executante: SETOR DE RAIO X - PS

Convenio: SUS - AMBULATORIO

Motivo: URGENCIA/EMERGENCIA

Observações:

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

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

Fratura  
fíbula e tib.  
140J-



# HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO

## REQUISIÇÃO: EXAMES COMPLEMENTARES

Nome: Toni Oliveira dos Santos Procedência: \_\_\_\_\_  
D. Nasc. 1/1/19 Sexo: \_\_\_\_\_ Est. Civil: \_\_\_\_\_ Natural: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_

Interno

Externo

Prontuário

### Dados Clínicos:

Acidente automobilístico

### Exames solicitados:

Rox olho punha a fermezela direita  
VSAP - pupil → A? esq

DR. OTÁVIO SAMPAIO  
CRM 10448  
CUIDADOS ESPECIAIS

Data, 16/10/17

Carimbo e assinatura do Médico (a)

50.341



## HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO

PACIENTE: JOSÉ ALISSOAA DA SILVA

LEITO: 01 - 02 ATENDIMENTO: 31.21430 IDADE: 20 CONVÉNIO: SUS

PROCEDIMENTO PROGRAMADO: BONDEZ DE FESTA DE TIBIA "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/ INFECÇÕES DE PELE- Local: \_\_\_\_\_

CONSENTIMENTO CIRÚRGICO E ANESTÉSICO  BANHO PRÉ-OPERATÓRIO COM CLOREXIDINA -

RETIRADA DE ÓRESES, PRÓTESES E ADORNOS  TRICOTOMIA

SITIO 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 PERNAS "D"

HEMOGRAMA: HB: \_\_\_\_\_ HT: \_\_\_\_\_ LEUCÓCITOS: \_\_\_\_\_ PLAQUETAS: \_\_\_\_\_

TAP: TEMPO: \_\_\_\_\_ ATIVIDADE: \_\_\_\_\_ INR: \_\_\_\_\_

Na: \_\_\_\_\_ K: \_\_\_\_\_ Ur: \_\_\_\_\_ Cr: \_\_\_\_\_ Glicemia: \_\_\_\_\_

GRUPO SANGUÍNEO: \_\_\_\_\_ FATOR RH: \_\_\_\_\_ OUTROS: \_\_\_\_\_

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

SINAIS VITAIS: PA: 104/80 PULSO: \_\_\_\_\_ TEMP: 34.7° FR: \_\_\_\_\_

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

() SAME Nº \_\_\_\_\_ OBSERVAÇÕES: USO DE TALA 665004 EM M&D

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 JCSE ALISSON DA SILVA  
Mãe: MARIA DA SILVA VITOR

Di.Nasc.: 31/05/1997

Dados da Internação:

Número: 3121422 Di Internação: 17/10/2017  
CIC: S522 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA  
Convênio: SUS - INT'RNA Serviço: ORTOPEDIA E TRALMAT CIRURGIC  
Leito: 108 APTO 5-2 Enfermaria: APT 08 Unidade: BLOCO

Dados da Solicitação:

Código: 14213 Data: 20/10/2017 09:13 Médico: ALUNO ACADEMICO  
Descrição de Socorro: S CARDIOLOGIA

Médico Sucedido:

Descrição: PACIENTE VITIMA DE TRAUMA AUTOMOBILISTICO (MOTOCICLETA) NO DIA 16/10. ATÉ ONTEM, APRESENTAVA FEBRE E CREPITOS EN BASE. FOI INICIADA FISIOTERAPIA RESPIRATORIA 2X/DIA. O ANTIBIOTICO NAO FOI INICIADO DEVIDO À SUSPEITA DE QUE A FEBRE ESTIVESSE RELACIONADA À AGRESSÃO OSSEIA A TECIDOS CIRCUNJACENTES NO MID. NA NOITE DE ONTEM (19/10), EVOLUIU COM DISPNEIA IMPORTANTE, HEMOPTISE E CREPITOS TORNARAM-SE DIFUSOS. FOI FEITO PELO PLANTONISTA NEBULIZAÇÃO, O2 SOB MÁSCARA FACIAL, DEGLIBIT E INFUSÃO HIDROCORTISONA E SOLICITADO HEMOGRAFIA, QUE EVIDENCIOU LEUCOCITOSE DE 17K/L. FORAM SEM DESVIO À ESQUERDA (24) DASTÔES. HOJE INÍCIO CEFTRIAXONA 1G 12/12H E RETIRO HEPARINA NAO FRACIONADA. SOLICITO PARECER PARA MELHOR CONDUZIR O PACIENTE.

ALUNO ACADEMICO  
CRM - 000000

Dr. Washington L M. Fuchs  
Ortopedia Traumatologista  
CRM-000000



**Hospital Maternidade São Vicente de Paulo**  
**Protocolo de Admissão**

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

Paciente: 00050049 - JOSE ALISSON DA SILVA  
 Atendimento: C3121420  
 Unidade: APARTAMENTO SIMPLES  
 Médico: MARCELO PARENTE OLIVEIRA

Convênio: SUS - INTERNACAO  
 Leito: BLOCO I APTO 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						
Toráxico						
Black						
Percutâneo						
Ferida Operatória						
Hemotransfusão: Plasma						
Plaquetas						
Hemaceas						
Intubação Orotraqueal						
Lesão por pressão: Estágio 1						
Estágio 2						
Estágio 3						
Estágio 4						
Não Estadiada						
Lesão Assoc. Dermatite (DAI)						
Lesão Assoc. Adesivo						
Lesão em dobras (DIT)						
Lesão de Pele Diversas						
Ostomia para alimentação:						
<input type="checkbox"/> Gastro <input type="checkbox"/> Jejuno						
Ostomia para eliminação:						
<input type="checkbox"/> Colo <input type="checkbox"/> Ilio <input type="checkbox"/> 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
Macronebulizaçāc						
Pressão Arterial Média - PAM						
Pressão Venosa Central - PVC						
Pressão Intra Abdominal - PIA						
Sonda: Orogástrica						
Nasogástrica						
Nasenteral						
Sonda Vesical de Demora						
Traqueostomia						

**OBSERVACĀO:** cliente é admitido nesta unidate com uso de tā a cessada em perna D,veio também já com uso de AVP,co setor de traumatologia.

19/10/17 instalado oximetria d pulso.

*Melina Haues*



**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  
Médico: MARCELO PARENTE OLIVEIRA

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

*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. Temps 130  
Técnica de Enfermagem  
COREN-CE 535.422  
*[Signature]*



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo  
Anotações de Enfermagem

24/10/2017  
16:19:04  
MROMAO

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

Convênio: SUS - INTERNACAO  
Leito: , UTI ADULTO, UTI 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 CARDÍACA + OXIMETRIA DE PULSO E P/A NÃO INVASIVA. MATEM MIE ENFAIXADO, ACESSO VENOSO PERIFERICO EM MSD FAZENDO USO DE HIDRATAÇÃO CONTROLADO POR BIC, DIETA ORAL COM BOA ACEITAÇÃO, MATEM CURATIVO LIMPO, DIURESE PRESENTE NO PAPAGAIO, SEGUE AOS CUIDADOS.

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

Alma Eduarda Aguiar  
COREN-CE 768653  
Bd Lusa



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 = 36,7ºc

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 pacote 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 tibia e da fibula.

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 AECHIO DE ARAUJO SANTANA  
CRM 2334



**Hospital Maternidade São Vicente de Paulo**  
Sistema de Emissões de 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  
Lando.....: 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 linfonodomegalias 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)  
 CONVÉNIO...: 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.....: S622 FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA CICLO..: /  
 DIAGNÓSTICO:  
 PROTOCOLO...:  
 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA



Rústica do  
Médico

#### EXAMES LABORATORIAIS

	Qty	Unidade	SN	Ad.	Freqüência	Data/Horários
21 CREATININA - BIOQUIMICA	1					
Obs.: Indicação:						
22 SODIO - BIOQUIMICA	1					
Obs.: Indicação:						
23 POTASSIO - BIOQUIMICA	1					
Obs.: Indicação:						
24 CLORO SERICO	1					[24/10] . 12
25 MAGNESIO - BIOQUIMICA	1					
Obs.: Indicação:						
26 CALCIO - BIOQUIMICA	1					
Obs.: Indicação:						
27 FOSFORO - BIOQUIMICA	1					
Obs.: Indicação:						
28 BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES - BIOQUIMICA	1					
Obs.: Indicação:						
29 GASOMETRIA ARTERIAL (PH,PCO2,P02,BIC,SA,O2, BE)	1					
Obs.: Indicação:						
30 GASOMETRIA ARTERIAL (PH,PCO2,P02,BIC,SA,O2, BE)	1					
Obs.: Indicação:						

#### FISIOTERAPIA

	Qty	Unidade	SN	Ad.	Freqüência	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 2SD)

CONVÉNIO...: SUS - INTERNACAO

PACIENTE...: 50049 - JOSE ALISSON DA SILVA

PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:

INTERNAÇÃO.: 17/10/2017 09:59 7 DIAS(S) INT

1ª VIA

  
Rubro do  
Médico

MÉDICO....: MARCELO PARENTE OLIVEIRA SERVIÇO: CRTOPEDEIA E TRAUMAT CIRURGICA  
UNID. INT...: UTI ADULTO LEITO...: C 2 I ADULTO 110-5 COBERTURA: APARCAIMENTO SIMPLES  
CID.....: S822 FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTÓCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

GASOTERAPIA

33 MASCARA FACIAL DE VENTURI (UTI)  
34 OXIGENIO SOB CATETER NASAL

Qtd Unidade SN Adl Freqüência Data Horários

ACM [24/10] . ①  
ACM [24/10] . ②

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM

5 CABECEIRA ELEVADA A 45°  
36 INSTALAR COLCHAO PIRAMIDAL (CAIXA DE OVO)

Qtd Unidade SN Adl Freqüência Data Horários

Continua [24/10] . 12  
Agora [24/10] . ⑥

37 APlicar PROTÓCOLO DE PREVENÇÃO  
ULCERA POR PRESSAO

*Obs.: manter lençol seco e esticado  
proteger proeminências ossosas  
massagem de conforto com hidratante corporal  
mudança de decíbito*

2hs/2hs [24/10] . 12 . 14 . 16 . 18 . 20  
. 22  
[25/10] . 00 . 02 . 04 . 06 . 08  
. 10

38 AFERIR GLICEMIA CAPILAR (HGT)

4hs/4hs [24/10] . 12 . 16 . 20  
[25/10] . 08 . 04 . 26  
MT/N [24/10] . ⑥  
[25/10] . 00 . 08 . 16

39 HIGIENE BUCAL

*Obs.: 00m Periogard.*

Continua [24/10] . 12

41 CUIDADOS GERAIS

42 CUIDADOS GERAIS EM UTI

Justificativa.: CUIDADOS GERAIS EM UTI:

APLICAR:

- Reparil
- Bepantol
- Sulfadiazina de Prata
- Clorexidina 2%
- Cavilon - Crema barreira
- Cavilon - Felicite Protetora
- Cavilon - Limpeza de pele sem enxágue
- Tegaderm
- AGE
- Papaina 2%
- Papaina 5%
- Papaina 10%
- Pleca de Hidrocoloides
- Carvão ativado
- Hidrangei

PREScrição.: 1084792 DATA: 24/10/2017 12:00  
USUÁRIO....: TSAGOSTINHO  
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

1ª VIA

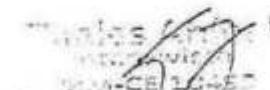
  
Assinatura do  
Médico

MÉDICO....: MARCELO PARENTE OLIVEIRA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRÚRGICA  
UNID. INT...: UTI ADULTO LEITO..: U T I ADULTO 110-5 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES  
CID.....: S922 FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA CICLO..: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTÓCOLO.:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

PROCEDIMENTOS MEDICOS

40 VENTILACAO MECANICA - VNI

Qty	Unidade	SN	Apl	Freqüência	Data Horários
1					

  
THALES ANIBAL LEITE BARROS AGOSTINHO  
CRM: 10499

8.2

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

1ª VIA

  
Rubrifica  
Médico

\*3121420\*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS

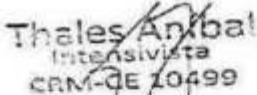
43 (D1/3) CLORETO DE POTASSIO XAROPE 100ML

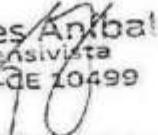
Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários	
	20 MILILITRO	VO		8hs/8hs	[24/10] 0 16	
					[25/10] 08 00	08

PROCEDIMENTOS MÉDICOS

ALTA DA UTI PARA  
APARTAMENTO/ENFERMARIA

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1					

  
Thales Aníbal  
Intensivista  
CRM-DE 10499

  
THALES ANÍBAL LEITE BARROS AGOSTINHO  
CRM: 10499



# Hospital Maternidade São Vicente de Paulo Evolução Médicos

24/10/2017

13:39:13  
TBAGOSTI  
NHO

Paciente: 00050049 JOSE 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 Medica

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 Fibula 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 Aníbal  
Intensivista  
CRM-CE 10499

THALES ANIBAL LEITE SARRIOS 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  
Médico: MARCELO PARENTE OLIVEIRA

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

Evolução do Enfermeiro

EVOLUÇÃO DIURNA - 24.10.17

Paciente com HD: Fratura Diafisária em Tibia direita e Fibula direita; Insuficiência respiratória aguda: Pneumonia comunitária (em tratamento) / LPA (Lesão Pulmonar Aguda - SARA [SDRA] leve), evolui EG Bom, consciente, orientado, calmo e cooperativo. Eupnéico respiração espontânea sem suporte de O<sub>2</sub>, mantém bom padrão respiratório e SPO<sub>2</sub> estável. Acianótico, anicterico e normocorado. Normocárdico, normotensão 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 - GO

2010-07-10 10:54:46

PREScrição.: 1035170 DATA: 25/10/2017 12:00  
USUÁRIO...: JVLUNA  
ATENDIMENTO: 3121420 DT NASC: 31/05/1997 (20A 4M 26D)  
CONVÉNIO...: SUS - INTERNACAO  
PACIENTE...: 50049 - JOSE ALTESSON DA SILVA  
PESO...: ALTURA:  
INTENSAO.: 17/10/2017 09:59 8 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

DIAGNÓSTICO: MARCO TAVARES OLIVEIRA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA  
DT INICIO: 01/10/2017 LITTO.: APTO 8-2 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES  
CID.: FRACTURA DA DIÁFISE DA TÍBIA CICLO.: /  
TRAMADOL: 100MG DIA  
TENSÃO: 140/90  
PESO: 70KG  
DIAGNÓSTICO DE RISCO:

\*3121420\*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

1 DIETA BRANDA

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

MEDICAMENTOS

- 2 C.C. (D6/7) CEFTRIAXONA 1G FA IV  
Justificativa: /  
    |> AGUA DESTILADA ESTERIL 10ML  
    | AMPOLA  
3 C.C. (D9/30) PLAMET SOL INJ. AMP C/2ML  
    |> AGUA DESTILADA ESTERIL 10ML  
    | AMPOLA  
4 (D1/99) TRAVADOL, CLORID. 60MG CÁPSULA  
    | TRAMADOL  
5 (D1/98) DIPIRONA SODICA 500MG  
    | COMPRIMIDO  
Obs.: Pd. TAX = 37,2%

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 FA C/1G		IV		12hs/12hs	[25/10] . 20 [26/10] . 20

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 AMPOLA		IV		8hs/8hs	[25/10] . 20 [26/10] . 20
1 AMPOLA		IV		8hs/8hs	[25/10] . 20 [26/10] . 20
2 CAPS C/500M		VO		8hs/8hs	[25/10] . 16 [26/10] . 00
2 COMP C/500M	S VO			6hs/6hs	

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

FISIOTERAPIA

- 6 ASSIST.FISIOTERAPICA MOTORIA  
7 ASSIST.FISIOTERAPICA RESPIRATORIA  
PRE/FCS OPERATOR

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

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM

- 8 CUIDADOS GERAIS  
9 AFERIR SINAIS VITAIS

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
				Continua	[25/10] . 12
				8hs/8hs	[25/10] . 13 [26/10] . 00 . 08

*Dr. Bruno Soéjima*  
ALUNO ACADEMICO  
CRM: 000000



Paciente: 00050049 JOSE ALISSON DA SILVA  
Atendimento: 03121426

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, 10º DIH

HD: 1) Fratura Diafisária em Tibia direita e Fibula 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.

LE:

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

ACV: Rítmo 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 Fibula direita - Aguarda tratamento cirúrgico  
2) Insuficiência respiratória aguda (superada): Pneumonia comunitária (em tratamento) / LPA (Lesão Pulmonar Aguda - SARA [SDRA] leve)

CD:

Mantenho suporte clínico  
Aguarda resolução cirúrgica

ALUNO ACADEMICO  
CRM - 000000

PREScrição.: 1085898 DATA: 27/10/2017 12:00  
USUÁRIO....: JV LUNA  
ATENDIMENTO.: 3121420 DT NASC: 31/05/1957 (20A 4M 28D)  
CONVENIO...: SUS - INTERNACAO  
PACIENTE...: 50049 - JOSE ALISSON DA SILVA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 17/10/2017 09:58 10 DIAS(5) INT

1<sup>a</sup> VIA

MÉDICO.....: MARCELO PARENTE OLIVEIRA SERVICO: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA  
UNID. INT.: BLOCO I LEITO...: APTO 3-2 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES  
CID.....: S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA CICLO...:  
DIAGNÓSTICO:  
PROBLEMA...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Rubrica do  
Médico

\*3121420\*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES LABORATORIAIS

11 PROVA CRUZADA  
Obs.: Indicação:

Qtd Unidade SN Adi Frequência Data Horários

12 FATOR RH-FATOR RHO(INCLUINDO DU)  
Obs.: Indicação:

OK 1 1

13 GRUPO SANGUINEO  
Obs.: Indicação:

1 1

14 HEMOGRAMA COMPLETO  
Obs.: Indicação:

1 1

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM

15 RESERVA DE SANGUE  
Obs.: 2 concentrados de hemocírcos

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

ALUNO ACADEMICO  
CRM: 000000

CONFIRMADO  
O resultado da prescrição é de responsabilidade do médico.  
Lembre-se de sempre lavar as mãos.



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  
Leito: , 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: 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*

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

REGISTRO: 1088576 DATA: 26/10/2017 12:03  
LARANJEIRA: CIVILUNA  
ADMISÃO: 31223420 DT NASC: 31/05/1997 (20A 4M 27D)  
SEXO: M - GÊNERO: INVERSAÇÃO  
Nº PEGUEIRAS: 50045 - JOSE ALFONSE DA SILVA  
PESO: 60KG - ALTURA: 170 CM CORPOREA:  
INSCRIÇÃO: 17/10/2017 08:55 S DIAS(S) INT

1ª VIA

EXAMES FÍSICOS: PESO: 60KG TENSÃO: 120/80 HEMOGLOBINA: 13,5G/DL HEMATÓCRIT: 40% HEMATOCRÍTICA: 40% HEMATÓCITO: 2,40 ESR: 10MM/HORAS  
EXAMES LABORATORIAIS: HEMOGLOBINA: 13,5G/DL HEMATÓCRIT: 40% HEMATOCRÍTICA: 40% HEMATÓCITO: 2,40 ESR: 10MM/HORAS

Ritmo do  
Médico

8/3/2017 12:00

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

#### DIETA

1 DELTA BRUNDA

Ord. Unidade SN Adm. Frequência Data Horários  
Livre [26/10] 12

#### MEDICAMENTOS

1 O.C. 4/7 CEFTRIAXONA 1G FA IV  
CRISESES:

1 AQUA DESTILADA 50ML AMPOLA

Ord. Unidade SN Adm. Frequência Data Horários  
1 FA C/1G IV 12hs/12hs [26/10] 12  
[27/10] 12

2 O.C. 4/1000 PLANET SCI 100 AMP 0,2ML  
1 AQUA DESTILADA 50ML AMPOLA

1 AMPOLA 1 AMP C/2ML IV SI/SIS 12hs/12hs [26/10] 12  
[27/10] 12

3 O.C. 10/99 TRAMADOL CLORID 50MG CAPSULA  
1 FA 100ML

2 CAPS C/50ML VO 12hs/12hs [26/10] 12  
[27/10] 12

4 O.C. 10/99 TRAMADOL CLORID 50MG CAPSULA  
1 FA 100ML

2 AMP C/50ML 8 VO 12hs/12hs [26/10] 12  
[27/10] 12

5 O.C. 10/99 LUCERNA (SUBCUT/NEA) 5000  
1 FA 0,25ML AMP C/0,25ML

1 AMP C/0,25ML SC 12hs/12hs [26/10] 12  
[27/10] 12

#### FIOSITERAPIA

1 FA 10/99 FIOSITERAPIA 200,000U

Ord. Unidade SN Adm. Frequência Data Horários  
Livre [26/10] 12

2 ASSIST FISIO ENFERMEIRA RESPIRATORIA  
1 FA 10/99 0,000

1 SN 12hs/12hs [26/10] 12

#### DOCEGMENTOS ENFERMAGEM

1 CEFAL 10/99 0,000

Ord. Unidade SN Adm. Frequência Data Horários  
Livre [26/10] 12  
12hs/12hs [26/10] 12  
[27/10] 08

2 ATIVIR 5 MIL VITAMINAS

Dr Rainério Soárez  
TRAMADOL  
EMERGÊNCIA E RAZÃO  
CIRÚRGICA

ALUNO ACADÉMICO  
CRMJ 000000

Paciente: 00050049 JOSE ALISSON DA SILVA  
Atendimento: 53121-120

Unidade: APARTAMENTO SIMPLES

Médico: MARCELA PARENTE OLIVEIRA

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

### Evolução Médica

PACIENTE: JOSE ALISSON DA SILVA, 31º DIA

1) Fratura (fissura) em fibula dianteira e fibula direita - Aguarda tratamento cirúrgico  
2) Insuficiência respiratória aguda (superada): Pneumonia comunitária (em tratamento) -  
Pneumonia Pulmonar Aguda - SARA [SDRA] leve superada

Tratamento: Cefalosporina (D7/D7) e Azitromicina (D5/D5)

Evolução: Paciente evoluindo estabilizado, respirando em ar ambiente, consciente e orientado.  
Positiva no leito. Dor, febre e exantemas presentes.

Exame: 1) Exame geral bom, orientado, eupneico, têmnolico, afibril, hidratado e normocorrado.  
2) Rítmo cardíaco regular em 21, batidas cardíacas normoforéticas, sem sopros.

AIR: MV diminuído em ambos hemitórax, diminuído em bases

ABD: plácido, sem dor à palpação superficial ou profunda, sem visceromegalias, RHA

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

SBP: Tensão arterial de 15 (BB) x RV 5 ; AO 4).

Exame 1) - fratura (fissura) em fibula direita e fibula direita - Aguarda tratamento cirúrgico  
2) Insuficiência respiratória aguda (superada): Pneumonia comunitária (em tratamento) -  
PNA (Pneumonia Aguda - SARA [SDRA] leve)

EVOLUÇÃO:

Mantenho suporte clínico  
Assistir resolução cirúrgica

Dr. Rainério Soárez  
TRAUMATOLOGIA  
CIRURGIA M/ICANH  
CENEX/SCA

REGISTRO ACADÉMICO  
CRM - 000000



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo  
Evolução Médicos 27/10/2017  
09:45:42 JV LUNA

Paciente: 00050049 JOSE ALISSON DA SILVA  
Atendimento: 03121420

Atendimento: 03121420

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

*Evolução Médica*

PACIENTE JOSÉ ALISSON DA SILVA, 12º DH

D: 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

PFex: 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.

卷之三

ECC: estado geral bom, orientado, eupneico, acalpônico, afébril, hidratado e normoacídico.

ACV: Rítmo cardíaco regular em 35 batidas cardíacas normofrânticas com 100% de eficiência.

AB: MV diminuído em ambas hemitáxas, diminuído em bases.

Audiômetro com dor e alguma superfície ou tecido envolto no DIA.

Abd. plano, sem dor à palpação superficial ou profunda, sem visceromegalias. RHA + Exames percutâneos normais,除了 um nódulo ósseo (1/1).

EXIBIDA PELO USO DO PERTINENTE, SOBRE A FOLHA DE  
SN: Glaucow da 15 (RM 6: R 15 - 10-4)

IHD: 1) Fratura Diáfisária em Tibia distal e Fibula distal - quando tratamento é feito

2) Insuficiência respiratória aguda (superada): Pneumonia comunitária (em tratamento) / I-PA II - lesão Pulmonar Aguda - SARA (SDRA) leve)

| 60

Mantenho suporte clínico

**Dietas zero para cirurgia a partir das 22h**

ALUNO 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  
CALCANEO 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

1ª VIA

PREScrição.: 1095887 DATA: 27/10/2017 12:00  
 USUÁRIO...: JVLUNA  
 ATENDIMENTO: 312142 DT NASC: 31/05/1997 (20A 4M 26D)  
 CONVÉNIO...: SUS - INTERNACAO  
 PACIENTE...: 50049 - JOSE ALISSON DA SILVA  
 PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
 INTERNACAO.: 17/10/2017 09:59 10 DIAS(S) INT

Rubrica do  
Médico

AGÊNCIA...: MARCELO PARENTE OLIVEIRA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA  
 UNID. INT.: BLOCO I LEITO.: AFIC 8-2 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES  
 CTR.: S8122 FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA CICLO.: /  
 LIGADURA:  
 PRONTO-ACO.:  
 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

#### DIETA

1. DIETA BRANDA

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1.					Livre	[27/10] . 12

2. DIETA ZERO PARA CIRURGIA

2.					Noite	[27/10] . 12
----	--	--	--	--	-------	--------------

Obs.: a partir das 22h de hoje

#### MEDICAMENTOS

3. C.C (D1130) PLAMET SOL. INJ. AMP C/2ML  
 -> ÁGUA DESTILADA ESTERIL 10ML  
 AVPOLA

4. (D3/99) TRAMADOL, CLORID. 50MG CÁPSULA  
 (TRAMADON)

5. (D3/99) DIPIRONA SODICA ECONOM  
 COVPRIMIDO

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3.	1	AMP C/2ML	IV		6hs/8hs	[27/10] . 16
	1	AMPOLA				[28/10] . 06 . 06
4.	2	CAPS C/50M	VO		6hs/8hs	[27/10] . 16
						[28/10] . 06 . 06
5.	2	COMP C/500M	S	VO	6hs/8hs	

Obs.: Se T.I.A. - PT, FFC

#### EXAMES DE IMAGEM

6. RX TORAX PA + PERFIL

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
6.	1					[27/10] . 12

#### FISIOTERAPIA

7. ASSIST. F.S. OTERAPICA MOTORIA  
 ASSIST. F.S. OTERAPICA RESPIRATORIA  
 FRE/POS OPERATOR

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
7.	1				Livre	[27/10] . 12
	1				Livre	[27/10] . 12

#### PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM

8. CUIDADOS GERAIS  
 10. AFERIR SINAIS VITais

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
8.					Continua	[27/10] . 12
					6hs/8hs	[27/10] . 16
						[28/10] . 00 . 00

ALUNO ACADEMICO  
 CRM: 000000

DR. MACHADO DE SOUZA  
 CRM: 000000



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo  
Anotações de Enfermagem

27/10/2017  
12:02:08  
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 TRAUMAT  
CIRURGICA

Anotações de Enfermagem

27/10/17

08H, CLIENTE MANTENDO MID EM USO DE TALA GESSADA ABERTA,  
CURATIVO NO CALCANEU, 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: 31/05/1997 (20A 4M 21D)

CONVÉNIO....: SUS - INTERNACAO

PACIENTE...: 50049 - JOSE ALISSON DA SILVA

PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:

INTERNACÃO.: 17/10/2017 09:59 3 DIAS(S) INT

MÉDICO....: MARCELO PARENTE OLIVEIRA SERVICO: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA

UNID. INT.: BLOCO I LEITO.: APTO 9-2 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES

CID.....: S622 FRATURA DA DIÁTISE DA TÍBIA CICLO.: /

DIAGNÓSTICO:

PROTOCOLO.:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1<sup>a</sup> VIA

Firma do  
Médico

EXAMES LABORATORIAIS

	Cld	Unidade	SN	Ap1	Frequência	Data/Hora(s)
19 BACILOS ALCOOL-ACIDO-RESIST. (BAAR)		1				
Obs.: AMOSTRA 1						
20 BACILOS ALCOOL-ACIDO-RESIST. (BAAR)		1				
Obs.: AMOSTRA 2						
21 BACILOS ALCOOL-ACIDO-RESIST. (BAAR)		1				
Obs.: AMOSTRA 3						

31/10  
Ngoooda  
PATRICIA FERREIRA NEVES DA LUZ  
CRM 17319

PRESCRIÇÃO.: 1083723 DATA: 20/10/2017 16:30  
USUÁRIO....: PLUZ  
ATENDIMENTO: 3121420 DT NASC: 31/05/1997 (20A 4M 21D)  
CONVÉNIO...: SUS - INTERNACAO  
PACIENTE...: 50049 - JOSE ALISSON DA SILVA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREAL  
INTERNACÃO.: 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

Rubrica do  
Médico

\*3121420\*

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

**FISIOTERAPIA**

22 ASSIST.FISIOTERAPICA MOTORA  
Obs.: APENAS EM MIE

Qtd	Unidade	SN	Apl	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  
Leito: . BLOCO I, 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

INSCRIÇÃO: 1006169 DATA: 28/10/2017 12:00  
LARANJA RPAI  
APENALMINTO: 0106169 DT NASC: 01/05/1947 (PDA 02 290)  
NOME: LARANJA  
NASCIMENTO: 01/05/1947 (PDA 02 290)  
PROFISSAO: SODAIS - JOHN ALISSON DA SILVA  
PAPEL: ALTURA SUP. CORPOREA:  
ENTRADA: 27/10/2017 09:59:11 LIAS(S) 391

1<sup>o</sup> VIA

13.2012.00  
Mfg 10%

\*3121420\*

## **PRESCRIÇÃO MÉDICA**

2257A

- 124 TA 72 EBC, Page 6133, P0004

Old Update SN Ap Frequency Data Horizons

## MEDICAMENTOS

- 1) C. 100000 PLANET SOL INJ. AMP 0/2ML  
- JACUCA DE STYLADA ESTERIL 10ML  
- JACUCA 0/3
  - 2) C. 100000 PLANET SOL INJ. AMP 0/2ML  
- JACUCA DE STYLADA ESTERIL 10ML  
- JACUCA 0/3
  - 3) C. 100000 PLANET SOL INJ. AMP 0/2ML  
- JACUCA DE STYLADA ESTERIL 10ML  
- JACUCA 0/3
  - 4) C. 100000 PLANET SOL INJ. AMP 0/2ML  
- JACUCA DE STYLADA ESTERIL 10ML  
- JACUCA 0/3

Cld	Unidade	SN	Adl	Frequência	Datas Horárias
1	AMP C/2ML		IV	8hs/8hs	[26/10] <i>✓</i>
	AMPOLA				[29/10] <i>✓</i> <i>✓</i>
1	AMPOLA		IV	8hs/8hs	[28/10] <i>✓</i>
1	FA C/100ML				[29/10] <i>✓</i> <i>✓</i>
1	AMP C/2ML	⑤	IV	8hs/8hs	<i>20</i>

万方数据

- AGOSTO 1911 - 1912 - 1913 - 1914

Dia/Hora(s) : 28/12 11:12

PRIMEROS ESTUDIOS EN LA CULTURA DE LOS

- CLÍNICA OS CERAS

Ort. Unidade	SN	Ap1	Frequência	Data Horários
			Contínuo	[28/10] - 12
			3x2/ans	[28/10] - 16

AL JINDA SE VIVO  
SANTO DOMINGO

PREScrição.: 1056263 DATA: 28/10/2017 12:00  
USUÁRIO....: CMURILLO  
ATENDIMENTO: 3121420 DT NASC: 31/05/1997 (20A 4M 29D)  
CONVÉNICO...: SUS - INTERNACAO  
PACIENTE...: 50049 - JOSE ALISSON DA SILVA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO: 17/10/2017 05:59 11 DIAS(S) INT  
MÉDICO....: MARCELO PARENTE OLIVEIRA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA  
UNID. INT.: BLOCO I LEITO.: APTO 6-2 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES  
CID.....: S62Z FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA CICLO.: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTÓCOLO.:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

\*3121420\*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

9 DIETA BRANDA

Obs.: APÓS RECUA ANESTESIA

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

MEDICAMENTOS

10 (D1/2) SORO FISIOLOGICO SISTEMA FECHADO  
-R 500ML  
Obs.: IENVO

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

11 (D1/2) CEFAZOLINA SODICA 1G FA  
Justificativa.: PRUFILATICO  
Obs.: DIVIDIR EM 10 ML DE AD

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1	FA C/1G		IV	12hs/12hs	[28/10] . 23
					[29/10] . 08

12 (D1/2) LIGUEMINE (SUBCUTANEA) 5000  
UI/0,25ML AMP C/0,25M  
Obs.: INICIAR APÓS AS 16 HRS

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1	AMP C/0,25M		SC	1 x ao dia	[28/10] . 12

Dr. Cassio Murilo da Silva  
Ortopedia / Traumatologista  
CRM: 5302  
CPF: 3453148277  
  
CASSIO MURILLO DA SILVA  
CRM: 5302



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo  
Evolução Médicos

28/10/2017  
09:10:02  
CMURILLO

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 OSTEOSINTSE EM TIBIA DIREITA

DATA: 28/10/2017  
ORIGEM: HOSPITAL SÃO VICENTE  
CRM: 6002

CASSIO MURILLO DA SILVA  
CRM - 6002

Hospital Maternidade São Vicente de Paulo	28/10/2017
Evolução Médicos	06:15:06
	BFAE

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: JOSE ALISSON DA SILVA, 13º DH

Ex.: 1) Fratura Diafisária em Tibia direita e Fíbula direita - Aguarda tratamento cirúrgico  
 2) Insuficiência respiratória aguda (superada); I PA (Lesão Pulmonar Aguda - SARA SIDRA) leve; superada

EVOLUÇÃO: O paciente evoluiu de estabilizado, respirando em ar ambiente, consciente e orientado, recinto ao leito. Diurese e evacuações presentes.

PEC: FBC: orientado, eucapnico, acalorificado, afebril, hidratado e normocolorado.  
 AVN: RCG em 21, BCNF, N.S.  
 AR: rRIV diminuído em bases, bilateralmente.  
 Abd: plano, sem dor à palpação superficial ou profunda, sem visceromegalias. RHA +  
 Ext: Dors: perfusão periférica, edema em perna direita (1+/4+) com hematoma importante  
 SN: Glasgow de 15 (RM 6; RV 5; AO 4).

C10.

Reoperatório cheendo:  
 Manter o suporte clínico;  
 Aguardar a resolução cirúrgica;

Dr. Marcelo Parente  
 Ortopedista  
 Cirurgião

ALUNO ACADEMICO  
 CRM - 000000



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

07:35H. 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* LEONEIDE LOPES COREN 931309

PREScrição.: 1083694 DATA: 20/10/2017 14:00  
usuário....: CMMACEDO  
ATENDIMENTO: 3121420 DT NASC: 31/05/1997 (20A 4M 21D)  
CONVÉNIO....: SUS - INTERNACAO  
PACIENTE....: 50049 - JOSE ALISSON DA SILVA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNACÃO.: 17/10/2017 09:59 3 DIAS(S) INT  
MÉDICO.....: MARCELO PARENTE OLIVEIRA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
JNID. INT.: BLCCC I LEITO.: APTO 9-2 OCBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES  
CID.....: S822 FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA CICLO.: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTÓCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

\*3121420\*

PREScrição MÉDICA

EXAMES LABORATORIAIS

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

Transcrito Por:

*Milene Maciel*  
CMMACEDO  
COREN: 257953

A Pedido de:

MARCELO PARENTE OLIVEIRA  
CRM: 13172

PRESCRIÇÃO.: 1083721 DATA: 20/10/2017 16:30  
USUÁRIO....: PLUZ  
ATENDIMENTO: 3121420 DT NASC: 31/05/1997 (20A 4M 21D)  
CONVÉNIO....: SUS - INTERNACAO  
PACIENTE....: 50049 - JOSE ALISSON DA SILVA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREAL:  
INTERNACÃO.: 17/10/2017 09:59 3 DIAS(S) INT

1ª VIA

MÉDICO....: MARCELO PARENTI OLIVEIRA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA  
UNID. INT.: BLOCO I LEITO.: APTO 9-2 COBERTURA: APARTEAMENTO SIMPLES  
CID.....: S522 FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA CICLO.: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO.:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Rúbrica do  
Médico

\*3121420\*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS

18 (D1/5) AZITROMICINA 500MG COMPRIMIDO

Qty Umidade SN Ap. Freqüência Data Horários

Justificativa.: FICHA DE ANTIMICROBIANOS

1 COMPRIMIDO VC 24hs/24hs [21/10] ✓

Origem da Infecção

(X) Comunitária ( ) Hospitalar

Sítio da Infecção

(X) Pneumonia

( ) PAVM

( ) Sinusite

( ) Otite

( ) Urinário (ITU baixa) ( ) Urinário (ITU alta)

( ) Partes Moles / Inf. Necrotizantes

( ) Corrente Sanguínea ( ) Cateter Venoso

( ) Neutropenia febril

( ) Apendicite ( ) Diarréia aguda

( ) Colite pseudomembranosa

( ) Colangite

( ) Enterite

( ) DSTs

( ) Diverticulite

( ) STD

( ) Osteomielite

( ) Artrite

( ) Meningite

( ) Endocardite

( ) Peritonite secundária

( ) Abscesso hepático

( ) PBE

( ) 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 de coleta:

Sítio da coleta:

Alteração da função renal? ( ) Sim ( ) Não

Alteração da função hepática? ( ) Sim (X) Não

Dose do antibiótico prescrita:

Turpo previsto de tratamento: 7 DIAS

ANTIBIÓTICO PRESCRITO CONFORME PROTOCOLO DO HOSPITAL?

(X) Sim ( ) Não

Se não, justificar:

Auditória:

( ) Autorizado ( ) Autorizado 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

Convênio: SUS -  
INTERNACAO  
Leito: BLOCO I, APTO  
9-2

Unidade: APARTAMENTO SIMPLES

Serviço: ORTOPEDIA E  
TRAUMAT  
CIRURGICA

Médico: MARCELO PARENTE OLIVEIRA

#### Evolução Médica

#PACIENTE DE 20 ANOS VITIMA 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 crepitações bilaterais

Aguarda resolução cirúrgica

Dr. Marcinho L. M. Oliveira  
Ortopedia e Traumatologia  
03121420

ALUNO ACADEMICO  
CRM - 000000



# Hospital Maternidade São Vicente de Paulo Evolução Médicos

20/10/2017

16:31:02

PLUZ

Paciente: 00050049 JOSE 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 Medica

### AVALIAÇÃO CLÍNICA MEDICA

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 EVIDENCIADA ACOMETIMENTO DE PARÊNQUIMA PULMONAR EXTENSO BILATERAL, COM ALGUMAS ÁREAS QUE PARECEM ÁRVORE EM BROTAÇÃO.

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 ROCEFIL e ASSOCIO AZITRO

PATR.CIA FERREIRA NEVES DA LUZ  
CRM - 17319



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo  
Anotações de Enfermagem

20/10/2017  
12:26:15  
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 úmido, oximetria de pulso, AVP puncionado novo com nº18 tentativa unica após edema e algas no local do anterior realizado TC, apresenta tosse com escarro aspecto sangue, segue tratamento.

pa=140x80mmhg

t=37,0°C

  
jacqueline santos 558190



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo  
Anotações de Enfermagem

21/06/2017  
05:02:24  
M VIANA

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

#22h, cliente segue em 02 por cateter nasal, oxímetro de pulso, com queixas de algas M.I.D com tala gessada edema local, sob cuidados da Enfermagem, medicado conforme prescrição médica, PA=100x60mmHg T=36.5°C

21/10/11

#05h, dormiu bem, porém dispneico em uso de 02 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: 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 do Enfermeiro

Evolução Diurna 20/10/2017

Cliente jovem, 20 anos, vítima da 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 normotensão. 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.

✓ - 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.

*Neine Macedo*

CLARA MELNE DE SA BARRETO G MACEDO  
COREN - 257963



# Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

## Anotações de Enfermagem

22/10/2017  
05:26:41  
JSSANTOS

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

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.

Deoclecianna dos Santos Deoclecianna dos Santos COREN 343555

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

**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: JOSE ALISSON DA SILVA  
RELACION: FRANCISCO SEVERINO DA SILVA  
MARIA DA SILVA VITOR  
NATURALIDADE: BARBALHA - CE DATA DE NASCIMENTO 31/05/1997

DOC. ORIGEM:  
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 29.721 FOLHA: 287  
LIVRO: A-69 BARBALHA - CE  
CPF: 071.952.973-57

VIA: *Adriana de Souza*  
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 P.: 98



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2002034083771 DATA DE EXPEDIÇÃO 30/07/2013

NOME VIRGINIA GRANGEIRO GONÇALVES VASQUES  
PRAZOS JOSE ANTONIO GONÇALVES  
ROSMAR AGRA GRANGEIRO GONÇALVES

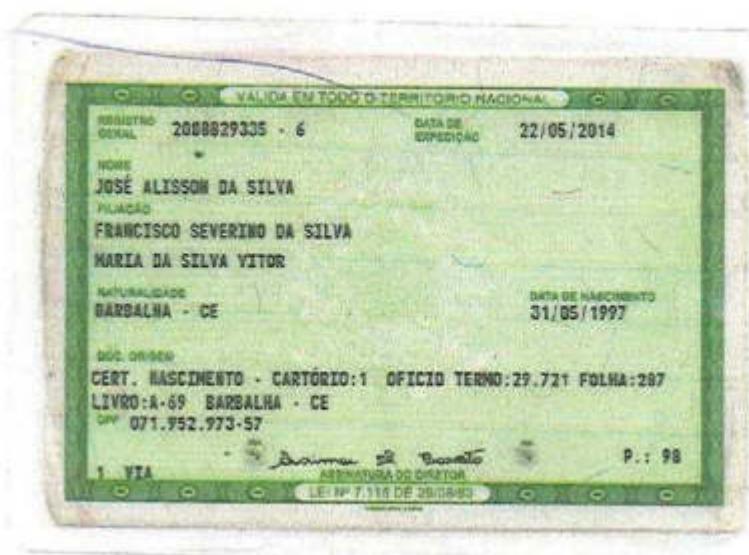
MUNICÍPIO JUAZEIRO DO NORTE - CE

DOC. ORIGEM CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: MARROCOS TERMO: 11576 FOLHA: 138  
LIVRO: 29 JUAZEIRO DO NORTE - CE  
CPF: 620.351.003-30

2 VIA *Assinatura de Banato* P.: 5

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





SABEMI SEGURADORA S/A

07 JAN 2019

RECEBIDO



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	

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

Nº 012636179234

DETTRAN - CE  
 54853315805

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

ALLE G12636179234

VIA	01	DOC. REMANH.	INSCRIÇÃO
	324945809	0000000000	
ENDEREÇO			
CARLOS VÍTOR DA SILVA RURAIMUDO GARCIA SAMPAIO, 00338 - PARQUE BULANDEIR 63180000 - BARBALHA/CE			
CHASSI	PLACA		
06767470390	OCR8362		
NOME ANTERIOR			
CICERO SEVERINO DA SILVA			
CATEGORIA	CHASSI		
*****/CE	9C2JC4110BR460847		
PÁS/MOTOCICLO/NAO APPLIC.	GASOLINA		
HONDA/CG 125 FAN KS	ANO FAB.	ANO MOD.	
2P/0CV/124CC	2011	2011	
CATEGORIA	COR PREDOMINANTE		
PARTIC	PRETA		
OSSERVIÇOS			
MOTOR: JC41E1B460847			
***** ***** *****			
BARBALHA	Igor Ponte Detran/CE	16/09/2016	

SABEMI SEGURADORA S/A

07 JAN 2019

RECEBIDO

**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

Nº 012636179234

DETRAN - CE  
54853315805

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

ALLE 012636179234

VIA:	324945805	PLACA:	0000000000
CARLOS VITOR DA SILVA RUARAIMUDO GARCIA SAMPAIO, 00338 - PARQUE BULANDEIR 63180000 - BARBALHA/CE		OCR: 06767470350	
OCR: 06767470350		PLACA: OCR8362	
NOME ANTERIOR: CICERO SEVERINO DA SILVA			
PLACA ANTIGUA:	9C2JC4110BR460847	CHASSI:	*****/CE
FAB/MOTOCICLETA/NAO APLIC.		GASOLINA	
HONDA/CG 125 FAN KS		ANO FAB:	2011
CAPACIDADE:	CATEGORIA:	COR PREDOMINANTE:	
2P/0CV/124CC	PARTIC	PRETA	
OBSERVAÇÕES: MOTOR: JC41E1B460847			
BARBALHA			
Igor Tonra Detran/CE			
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 PERNAS DIREITA

**Descrição do exame** APRESENTA DEFORMIDADE EM PERNAS DIREITAS E LIMITAÇÃO SEVERA DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO DORSAL E  
**médico pericial:** 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
<b>Total</b>			<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

## PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

**Médico revisor:** ALESSANDRA DURAES ALTAF

**CRM do médico:** 016562

**UF do CRM do médico:** CE

**Assinatura do médico:**

**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 DISTANCIAS, 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 METALICA 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 suscetível a qualquer medida terapêutica)? [X] 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 ás 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

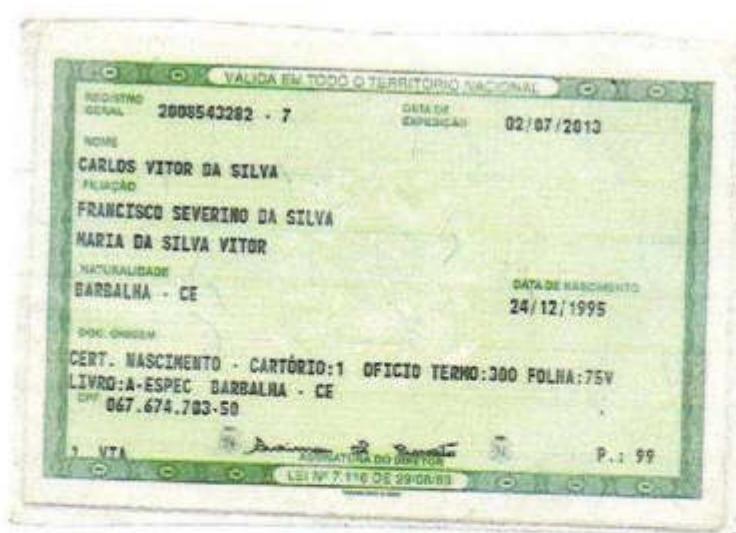
\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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



---

RENNAN DE ALMEIDA SILVA CRM : 12076 / UF :CE



SABEMI SEGURADORA S/A

07 JAN 2019

RECEBIDO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3190015657  
Vítima: JOSE ALISSON DA SILVA

Cidade: Barbalha  
Data do acidente: 16/10/2017

Natureza: Invalidez Permanente  
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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

Data da análise: 09/01/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITAS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTSE 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 TERAPÉUTICA. 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  
Vítima: JOSE ALISSON DA SILVA

Cidade: Barbalha  
Data do acidente: 16/10/2017

Natureza: Invalidez Permanente  
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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

Data da análise: 10/01/2019

Valorização 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 - OSTEOSÍTESE 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:**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Martha Maria Rausch de Queiroga".

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3190015657  
Vítima: JOSE ALISSON DA SILVA

Cidade: Barbalha  
Data do acidente: 16/10/2017

Natureza: Invalidez Permanente  
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE 1/3 DISTAL DE OSSOS DA Perna DIREITA

**Descrição do exame** APRESENTA DEFORMIDADE EM Perna DIREITA E LIMITAÇÃO SEVERA DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO DORSAL E  
**médico pericial:** 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
<b>Total</b>			<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

## PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

**Médico revisor:** ALESSANDRA DURAES ALTAF

**CRM do médico:** 016562

**UF do CRM do médico:** CE

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3190015657  
Vítima: JOSE ALISSON DA SILVA

Cidade: Barbalha  
Data do acidente: 16/10/2017

Natureza: Invalidez Permanente  
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE 1/3 DISTAL DE OSSOS DA Perna DIREITA

**Descrição do exame** APRESENTA DEFORMIDADE EM Perna DIREITA E LIMITAÇÃO SEVERA DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO DORSAL E  
**médico pericial:** 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
<b>Total</b>			<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

## PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

**Médico revisor:** ALESSANDRA DURAES ALTAF

**CRM do médico:** 016562

**UF do CRM do médico:** CE

**Assinatura do médico:**

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: JOSE ALISSON DA SILVA, brasileiro(a), estado civil: solteiro  
Profissão: estudante, portador(a) do RG 20088293356, órgão expedidor SSP-CE  
e do CPF: 071.352.973-57, residente no(a) Rua Joaquim José Soárez  
nº 338, bairro: Região Sul, município: Barbalha - CE.

### OUTORGADO:

Nome: Virginia Gorgulho G. Vargas, brasileiro(a), estado civil: casada  
Profissão: empreendedora, portador(a) do RG 2008034013771, órgão expedidor SSP-CE  
e do CPF: 610.352.003-30, residente no(a) Rua Tatávito 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, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DFVAT, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de Indenização do seguro DFVAT 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, subscrever esta, dar ciência e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandado, da vítima.

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



JOSE ALISSON DA SILVA

Assinatura do outorgante  
(Reconhece-se firma por autenticidade)



Reconheço a(s) Firma(s) de: JOSE ALISSON DA SILVA  
20 MAR. 2018

C) Bel. Mariana Madal Torres - Taboão  
C) Bel. Ana Paula S. M. Torres - Sumaré  
M) Bel. Ana Paula S. M. Torres Lavor - Escrevente  
E) Francisco Henrique de Lavor - Escrivão



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: José Alisson da Silva  
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: SOLTEIRO  
Profissão: Estudante  
Identidade: 20068293355-6 CPF: 071.952.973-57  
Endereço: Rua Desembargador José Teles nº 70 Bairro: Porque Bela Vista  
Cidade: Bonito - CE CEP: 63.160000

### 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 Lider 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, José Alisson da Silva

Local e data:

Bonito - CE, 10 de dezembro de 2018.



Assinatura

Reconheço (a) (s) Firma(s) de:  
José Alisson da Silva

10 DEZ. 2018

1) Bel. Marcelline Maquel Torres - Tabelião  
2) Adv. Ana Maria S. B. Torres - Substituta  
3) Mayara de S. B. Tavares Lacerda - Executante  
4) Francisco Salvantudo Leiror - Escrivano

SABEMI SEGURADORA S/A  
07 JAN 2019  
RECEBIDO

# 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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARIA REGILANIA FERREIRA ALENCAR

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](http://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**

