



Número: **0036267-70.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GEISINALDO LOURENCO FRANCISCO (AUTOR)		ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56450223	14/01/2020 17:25	2620822_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 13ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00362677020198172001

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **GEISINALDO LOURENCO FRANCISCO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

A parte autora requereu administrativamente indenização à ré, sendo realizada perícia a qual apurou lesão no tornozelo direito com repercussão média (50%), efetuando o pagamento no valor de R\$1.687,50:

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

Número: 3190301617 Cidade: Goiânia Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: GEISINALDO LOURENCO Data do acidente: 11/02/2019 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A
FRANCISCO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/05/2019
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: FRATURA TRIMALEOLAR À DIREITA.
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO
ALTA.
Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.
Sequelas: Com sequela
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.
Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando a mesma lesão ante detectada pela ré em sede administrativa, todavia, agora com repercussão maior.

O ilustre perito afirma que a parte autora possui lesão no tornozelo direito com repercussão intensa (75%).

Ressalta-se a discrepância entre as avaliações médicas. Administrativamente, foi apurada lesão no tornozelo direito com repercussão média (50%) e no presente laudo judicial a lesão com repercussão intensa (75%), uma diferença gradual de 25%.

Desta forma não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

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



Outrossim, na hipótese de condenação, salienta a ré que o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.687,50 (mil, seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 10 de janeiro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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





Número: **0036267-70.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GEISINALDO LOURENCO FRANCISCO (AUTOR)		ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56450225	14/01/2020 17:25	ANEXO 1	Outros (Documento)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190301617

Cidade: Goiana

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GEISINALDO LOURENCO
FRANCISCO

Data do acidente: 11/02/2019

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA TRIMALEOLAR À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos
complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



DECLARAÇÃO

Fui condutor do veículo envolvido no acidente, e
 RG 1.234.567-8 com habilitação válida, declaro que após ter sofrido
 acidente provocado por veículo automotor de via terrestre em 14/05/2014 fui socorrido por
uma equipe de socorro
 e levado ao Hospital de emergência

Declaro que além da documentação médica apresentada não tenho nenhum dos documentos adicionais contemporâneos ao acidente, conforme exige a SUTEC – 005/2014, pois não recebi atendimento com SAMU, Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto, Ambulância, etc. Da mesma forma que não houve ocorrência no local do acidente tão pouco foi instaurado inquérito Policial na delegacia.

Declaro que estou a inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a Seguradora LIDER entenda necessária para a confirmação das informações prestadas no Boletim de Ocorrência Policial, pois estou ciente que nestas informações prestadas sejam feitas construa crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro, vejamos:

"Comunicação falsa de crime ou de contravenção"

Art. 340 - Provocar a ação de autoridade comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado
Pena: detenção de um a seis meses, ou multa.

Também é responsável pelo ora declarado o cliente que qualquer informação declarada ou não prestada poderá incorrer nas penas conforme o Art. 299 do Código Penal Brasileiro.

Falsidade ideológica

Art. 299 - Omitir, em documento publico ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

Parágrafo único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

Local ... Data ...

James H. Brown
Declarante



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190301617

Cidade: Goiana

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GEISINALDO LOURENCO
FRANCISCO

Data do acidente: 11/02/2019

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA TRIMALEOLAR À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.7 E 8)
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO(VÍTIMA):

Nome: GEISALDO LOURENÇO FRANCISCO
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: CASADO Profissão: CELESTES
Identidade: 7.742.986-1 CPF: 090.420.029-12
Endereço: LOTEAMENTO MASCANGANA, Nº 397, NOVA GOIANÁ
GOIÂNIA - GO, CEP 75.800-000

PROCURADOR(A):

Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Divorciada Profissão: Empresária
Identidade: 7.742.986 SDS PE CPF: 884.647.684-00
Endereço: Avenida Joaquim Nabuco nº 200, Limbó, Abreu e Lima PE, Cep. 53.529-170

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, corrido com a vítima no dia 18/04/2019 cobertura **INVALIDEZ**, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epígrafe do beneficiário (a) vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

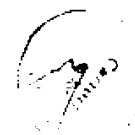
Goiania 18/04/2019
Local e data

[Assinatura]
Assinatura do Beneficiário Vítima
(Reconhecer firma por autenticidade)

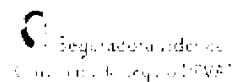
1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DE GOIÂNIA
RUA DR. MANOEL BOMBA Nº 83, CENTRO - GOIÂNIA - PE - CEP: 55.900-000
TEL: (81) 3080.3111 - E-MAIL: atendimento@servicodigital.go.gov.br - www.servicodigital.go.gov.br
Reconheço Por Autenticidade a firma de: GEISALDO LOURENÇO FRANCISCO OAB/PE
Goiania/PE 05/04/2019 13:58
Email: 3.51 TSNR 0.80 FERCO 40.701424 79 CP 101 Sed. 0000000
* 0073585 LX702201902 01770
Mônica De L B C TORRES SUBSTITUA



*Consulte a autenticidade em: <https://pje.tjpe.jus.br>



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0146579/19

Vítima: GEISINALDO LOURENCO FRANCISCO

CPF: 090.726.024-12

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/02/2019

Titular do CPF: GEISINALDO LOURENCO FRANCISCO

CPF de: Próprio

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
Outros

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

GEISINALDO LOURENCO FRANCISCO : 090.726.024-12

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/05/2019
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

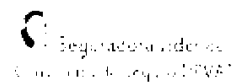
Data do cadastramento: 02/05/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Marta Marinho dos Santos



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0146579/19

Número do Sinistro: 3190301617

Vítima: GEISINALDO LOURENCO FRANCISCO

CPF: 090.726.024-12

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/02/2019

Titular do CPF: GEISINALDO LOURENCO FRANCISCO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

Declaração Circular SUSEP 445/12

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/05/2019
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

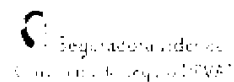
Data do cadastramento: 08/05/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0146579/19

Número do Sinistro: 3190301617

Vítima: GEISINALDO LOURENCO FRANCISCO

CPF: 090.726.024-12

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/02/2019

Titular do CPF: GEISINALDO LOURENCO
FRANCISCO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

Declaração Circular SUSEP 445/12

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/05/2019
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/05/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

JULIANA BEZERRA DE LUNA





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

Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190301617

Vítima: GEISINALDO LOURENCO FRANCISCO

Data do Acidente: 11/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GEISINALDO LOURENCO FRANCISCO

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

Carta nº 14261872





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

Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190301617

Vítima: GEISINALDO LOURENCO FRANCISCO

Data do Acidente: 11/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GEISINALDO LOURENCO FRANCISCO

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\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: GEISINALDO LOURENCO FRANCISCO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000774

Conta: 0000016149-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: _____ Nome completo da vítima: _____

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

Nome completo: _____ CPF: _____

Endereço: _____ Número: _____ Complemento: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Nome do banco: _____ Agência: _____ Conta: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

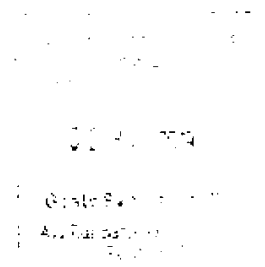
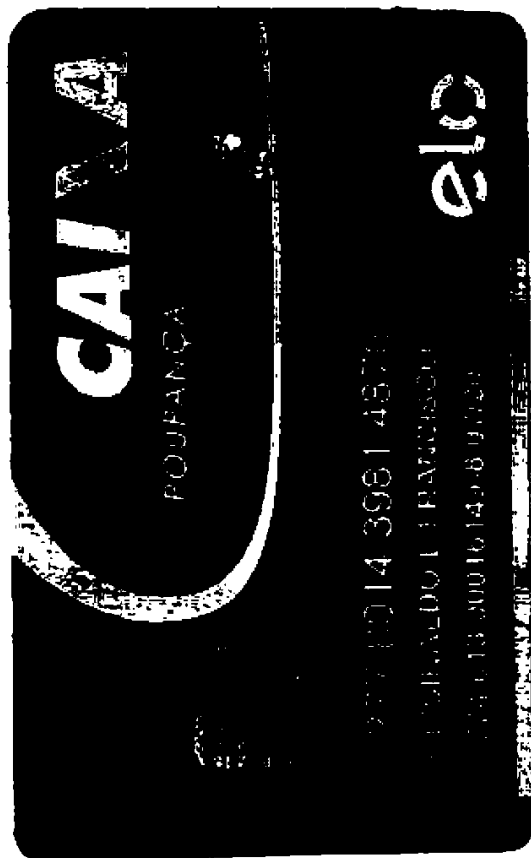
Assinatura: _____ Assinatura: _____

* A vítima beneficiária não poderá receber indenização por acidente de trabalho ou acidente de trânsito, caso tenha sido vítima de acidente de trabalho ou acidente de trânsito, desde que o acidente tenha ocorrido no âmbito de uma atividade laboral ou de trânsito.

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

FPS 010 - 1/03/2018





620314

14/01/2020

2 000 000



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: _____ Nome completo da vítima: _____

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

Nome completo: _____ CPF: _____

Endereço: _____ Número: _____ Complemento: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Nome do banco: _____ Agência: _____ Conta: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

* A vítima beneficiária não poderá receber indenização por acidente de trabalho ou acidente de trânsito, caso tenha sido beneficiária de seguro de vida ou de seguro de acidentes pessoais, desde que o seguro de vida ou de acidentes pessoais tenha sido contratado antes do acidente que gerou o sinistro.

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

FPS 010-1001/2018



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 17:25:49
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2001141725495750000005533259>
Número do documento: 2001141725495750000005533259

Num. 56450225 - Pág. 14



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
XII Gerência Regional de Saúde - XII GERES
HOSPITAL BELARMINO CORREIA

HBC

Número do Registro: 2019.ETC01618
Data e Hora de Atendimento: 11/02/2019 01:45

Local de Entrada:

Emergência Traumatológica

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Paciente:

61919 GESSINALDO LOURENCO FRANCISCO

Nascimento: 14/05/1989 Idade: 29

Sexo: Masculino

Registro SUS:

206316062240016

Cor: Pardo

Estado Civil: Solteiro(a)

Profissão: COMERCIANTE

Naturalidade: GOIANA

Nacionalidade: BR

Documento de Identidade:

SEVERINO HERCULANO FRANCISCO

1290107

Relação:

ROSILENE NARCISO LOURENCO

Endereço: Av. Rua etc. RUA DA MASSANGANA N. 19

Complemento:

Cidade: GOIANA

UF: PE

Telefone: 81 9 99914081

Bairro: CENTRO

Acompanhante: GDEM/R/AMIGO

Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO

- At. Morte (Queda, Colisão)

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Meio de Transporte: Carro

Procedência: URM/URTI

AValiação da Enfermagem / Acolhimento

Qualquer outro p/:

Febre ☐ Vômito ☐ Dificuldade de respirar ☐ Tosse ☐

Fadiga ☐ Dor ☐ Desmaio ☐ Feridas ☐ Fraqueza ☐ Confusão ☐

Paragem ☐ Distúrbios visuais ☐ Paralelismo e/ou Paralisia de parte do corpo ☐

Do Local: Fratura de antebraço (Queda de moto)

Quebra de fratura

Sangramento local

Outras queixas:

Encaminhamentos

☐ Cirurgia Geral

☐ Pediatra

☐ Cirurgia

☒ Ortopedista

☐ Serviço Social

☐ Maternidade

☐ Enfermagem

☐ Outros

Classificação:

Antecedentes Mórbitos / Medicamentos

☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Problemas cardíacos

☐ Asma Brônquica ☐ Alergias

☐ Tuberculose ☐ Convulsão ☐ Tabagismo ☐ Enxaqueca ☐ Alcoolismo ☐ AVC

☐ Outros

☐ Uso de medicamentos

Sinais Vitais

PA: 120/80 mmHg T: 36,5 °C PR: 70 bpm FR: 18 rpm SpO2: 98

Exames Diagnósticos auxiliares

☐ Exame de Urina ☐ Exame de Sangue

Lydia Cristina A. Vasconcelos
Enfermeira
COREN 288.414

Ass. Enfermagem

AValiação Médica

Queixa principal (QP) / Histórico da doença (HD):

Mal-estar com dor + edema + escoriação
na região do antebraço esquerdo
após queda de moto
há 24 horas

Exame Físico:

Pescoço:

9.

Hipótese diagnóstica / Conduta:

Código de Atendimento:

CID 10:

0301060061

0301100012

Continuação ...

Evolução Enfermagem

ALTA

Data:

Horas:

Residência:

Internação:

Setor:

Transferência:

hospital:

Senha:

Médico - CRM

Cadastramento: 11/02/2019 01:48:05 ROBERTA

Ingressão: 11/02/2019 01:48:05 ROBERTA



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: 31/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GEISINALDO LOURENCO FRANCISCO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00774

CONTA: 000000016149-8

Nr. da Autenticação E24D22E3B9D57F00



Nº de Fatura: [REDACTED]
 Data de Emissão: [REDACTED]
 Valor da Fatura: R\$ 305,07
 Valor do Imposto: R\$ 19,00
 Valor Total: R\$ 324,07
 Data de Vencimento: 14/01/2020
 Nome do Cliente: [REDACTED]
 Endereço: [REDACTED]
 Cidade: [REDACTED] - [REDACTED]
 Estado: [REDACTED] - [REDACTED]
 CEP: [REDACTED]

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE		VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
			CONSUMO	DEBÍTO		
01	ÁGUA	m³	48		4,00	192,00
02	DEBÍTO			48	4,00	192,00
03	IMPOSTO			48	0,40	19,00
04	TOTAL					324,07

OBS: O VALOR DO DEBÍTO É O VALOR QUE DEVE SER PAGADO POR OUTRO MÊS.
 O VALOR DO IMPOSTO É O VALOR QUE DEVE SER PAGADO POR OUTRO MÊS.
 O VALOR TOTAL É O VALOR QUE DEVE SER PAGADO POR OUTRO MÊS.

IMPOSTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
----------	-----------------	----------------	------------------

VENCIMENTO: [REDACTED] TOTAL A PAGAR: [REDACTED]

IDENTIFICANDO A EXISTÊNCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO
 TOTAL DE R\$ 305,07, REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGATIVAÇÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para obter o formulário, acesse o site: <http://www.seguradoradobra.com.br> ou ligue para: SAC DPVAT - 0800 11 021414
ou para o e-mail: dpvat@seguradoradobra.com.br

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

1. Este formulário deve ser entregue imediatamente ao processo de contratação de seguro, conforme estabelecido no Regulamento Circular SUSEP 445/12.
2. WELSON LUIZ DE ABREU E LIMA - CPF/CNPJ 884.647.684-00
3. O preenchimento deste formulário não garante a contratação do seguro, pois a Seguradora poderá solicitar a apresentação dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da taxa de remuneração, bem como a respectiva documentação comprobatória.
4. O fornecimento das informações de **profissão e renda** neste formulário não impede o pagamento da indenização do seguro, caso ocorra a determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**.
5. A Seguradora e a SUSEP não são responsáveis pelo controle e pela saúde dos mercados de seguro, pois são órgãos reguladores e não controladores. A SUSEP atua sob a direção e o controle do Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP), órgão integrante do Ministério da Fazenda, e do Conselho Nacional de Controle de Atividades Financeiras (CNCV), órgão integrante do Conselho Monetário Nacional (CMN).

ROSSANILGIA FERNANDES DANTAS - CPF/CNPJ 884.647.684-00

Antes de assinar, leia atentamente o Regulamento Circular SUSEP 445/12 e o Formulário de Declaração de Prevenção à Lavagem Dinheiro.

Assinatura do Segurado: *Assinatura do Representante Legal:*

Assinatura do Segurado ou do Representante Legal

Assinatura do Representante Legal ou do Segurado

Assinatura do Representante Legal ou do Segurado

Endereço: ABREU E LIMA 200 CASA
PE 53520170
Assinatura do Segurado ou do Representante Legal
Assinatura do Representante Legal ou do Segurado
811 98721 5834

dpvat-hospede@hotmail.com

Assinatura do Segurado ou do Representante Legal

Assinatura do Representante Legal ou do Segurado

Assinatura do Representante Legal ou do Segurado



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para obter o formulário, acesse o site: <http://www.seguradoradobra.com.br> ou ligue para: SAC DPVAT - 0800 11 021114
ou pelo e-mail: dpvat@seguradoradobra.com.br

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

1. Este formulário deve ser entregue imediatamente ao processo de contratação de seguro, conforme estabelecido em Regulamento Circular SUSEP 445/12.
2. WELSON LUIZ DE ABREU E SILVA CPF/CNPJ 036.941.118-00 DATA ASSINATURA 14/01/2020
O titular do seguro deve ser a pessoa física ou jurídica que possui a propriedade ou a posse direta do bem segurado, bem como a responsabilidade por sua manutenção e conservação. O titular do seguro deve ser a pessoa física ou jurídica que possui a propriedade ou a posse direta do bem segurado, bem como a responsabilidade por sua manutenção e conservação. O titular do seguro deve ser a pessoa física ou jurídica que possui a propriedade ou a posse direta do bem segurado, bem como a responsabilidade por sua manutenção e conservação.
3. A declaração de informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do seguro, caso ocorra sinistro, desde que a indenização não seja superior ao valor segurado. A declaração de informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do seguro, caso ocorra sinistro, desde que a indenização não seja superior ao valor segurado.
4. A declaração de informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do seguro, caso ocorra sinistro, desde que a indenização não seja superior ao valor segurado.

ROSSANILGIA FERNANDES DANTAS **CPF/CNPJ 884.647.684-00**

Assinatura do titular do seguro
Assinatura do representante legal

Declaro, sob as penas da Circular SUSEP 445/12:

1. Que sou o titular do seguro ou o representante legal do titular do seguro.

2. Que sou a pessoa física ou jurídica que possui a propriedade ou a posse direta do bem segurado.

3. Que sou a pessoa física ou jurídica que possui a propriedade ou a posse direta do bem segurado.

4. Que sou a pessoa física ou jurídica que possui a propriedade ou a posse direta do bem segurado.

5. Que sou a pessoa física ou jurídica que possui a propriedade ou a posse direta do bem segurado.

6. Que sou a pessoa física ou jurídica que possui a propriedade ou a posse direta do bem segurado.

Assinatura do titular do seguro
Assinatura do representante legal

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoradora.com.br> ou ligue para SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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

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

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

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

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no CPF/CNPJ **884.647.684-00**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **GEISINALDO LOURENÇO FERNANDES** inscrito (a) no CPF sob o Nº **090.726.024-12**, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima **GEISINALDO LOURENÇO FERNANDES**, inscrito (a) no CPF sob o Nº **090.726.024-12**, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residindo 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 AVENIDA JOAQUIM NABUCO		Número 200	Complemento CASA
Bairro TIMBÓ	Cidade ABREU E LIMA	Estado PE	CEP 53520170
Email: balbinospe@hotmail.com		Telefone Comercial (DDD) (81) 3538.0069	Telefone celular (DDD) (81) 98721.5834

Abreu e Lima/PE 06 de Maio de 2019

[Assinatura]
Assinatura do Declarante





Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios de segunda a sexta-feira, das 9h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

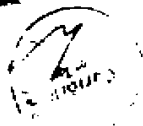
SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 Central Cívica: 0800 021 91 35

Voice = Data

Edw. J. Gervais - - -
Assn. Sec. of DEPARTMENT

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

1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DE GOIÂNIA
RUA DR. MANOEL BORGES, 433, CENTRO - GOIÂNIA - GO - CEP: 74.000-000
FONE: (065) 324.0011 FAX: (065) 324.0012 E-MAIL: notari@goi.br
RECOPILADO POR AUTENTICIDADE E FIDELIDADE DE EDUARDO JOAQUIM DA SILVA, DOU 19
Goiânia/PE 05/04/2018 13:56
Emitido por TSAR 080 FERRICHO NOTARIAL 479 OP 187365 data n
0073585 170222100201271
MUNICÍPIO DE L B C TORRES SUBSTITUTA



~~Continued on next page~~



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 17:25:49
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2001141725495750000055533259>
 Número do documento: 2001141725495750000055533259

Num. 56450225 - Pág. 23



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
XII Gerência Regional de Saúde - XII GERES
HOSPITAL BELARMINO CORREIA

HBC

Numero do Registro: 2019.ETC01618 Data e Hora de Atendimento: 11/02/2019 01:45
Prontuário Local: Prontuário Integrado: Local de Entrada: Emergencia Traumatologica

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:
Paciente: 61919 GESSINALDO LOURENCO FRANCISCO
Nascimento: 14/05/1989 Idade: 29 Sexo: Masculino
Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: COMERCIANTE Naturalidade: GOIANA
Documento de Identidade: 1290107 Mãe: ROSILENE NARCISO LOURENCO
Endereço: Av. Rua etc RUA DA MASSANGANA N. 19 Complemento:
Bairro: CENTRO Cidade: GOIANA UF: PE Telefone: 81 9 99914087
Acompanhante: GDEM/R/AMIGO - Aceite (Queda, Colisão) Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO Meio de Transporte: Carro

Procedência: URM/URTI

AValiação da Enfermagem / Acolhimento

Qualquer outro sinal:
Febre ☐ Vômito ☐ Dificuldade de respirar ☐ Tosse ☐
Fadiga ☐ Desorientação ☐ Desmaio ☐ Feridas ☐ Fraqueza ☐ Confusão ☐
Fome ☐ Distúrbios visuais ☐ Paralestesia e/ou Paralisia de parte do corpo ☐
Dor Local: Fratura de antebraço (Queda de moto)
Quebra de fratura ☐
Sangramento local ☐
Outros que não: ☐

Encaminhamentos

☐ Cirurgia Geral
☐ Pediatria
☐ Cirurgia
☒ Ortopedia
☐ Serviço Social
☐ Maternidade
☐ Enfermagem
☐ Outros: ☐

Antecedentes Mórbitos / Medicamentos

Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Problemas cardíacos ☐ Asma Brônquica ☐ Alergias ☐
Tuberculose ☐ Convulsão ☐ Tabagismo ☐ Enxaqueca ☐ Alcoolismo ☐ AVC ☐
Outros: ☐
Uso de medicamentos: ☐

Classificação:

Sinais Vitais

PA: ☐ FC: ☐ PR: ☐ TEMP: ☐ SPO2: ☐

Exames Diagnósticos auxiliares

Exame de Urina: ☐ Exame de Sangue: ☐

Lydia Cristina A. Vasconcelos
Enfermeira
COREN 288.414

Ass. Enfermagem

AValiação Médica

Queixa principal: (QP) História da doença (HDA):

Queda de moto com fratura de antebraço + edema + escoriações
em EPD 15 HOURS MOTOCLICISTAS
EX: EX MINIMIZADA TELA

Exame Físico: ☐ Pescoço: ☐

1) TPO C/INFLAM
2) LIMPEZA + CURATIVO
3) TALA BOTA
4) VOLTA A DOR OBTIM

Hipótese diagnóstica: ☐

Código de Atendimento:

CID 10:

0301060061

0301100012



Continuação ...

Evolução Enfermagem

ALTA

Data:

Horas:

Residência:

Internação:

Setor:

Transferência:

hospital:

Senha:

Médico - CRM

Cadastro: 11/02/2019 01:48:05 ROBERTA

Ingresso: 11/02/2019 01:48:05 ROBERTA



NAME TO / ON TEL



XII Gerência Regional de Saúde - XII GERES
Hospital Belarmino Correia

ERES
HOSPITAL: MIEVEZ ANA
SINHA: 56/1633

Guia de Esclarecimento

25. 26. 27.

HOSPITAL REGIONAL BELARMINO CORREIA DE GOIANA

REGIÃO : XII GERES

Sexo: M Cor: B Estado Civil: C Profissão:

_____, horas do dia, _____ de _____ de _____.

no cliente atual:

10-10-1964

DISTRICT OF COLUMBIA

Ar. ent. 4 (c): _____ de _____ a _____ de 20____

para observação clínica por _____ horas nesta unidade e não houve indicação para tratamento hospitalar.

Ass. Médico - CRM, Carimbo ou Nome do Médico em letra de forma



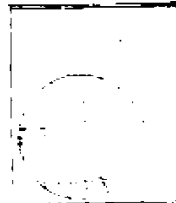
HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Ortopedia

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 11/02/2019 11:44



Nome Paciente: GEISINALDO LOURENCO FRANCISCO
Cód. Paciente: 122894
Data de Nascimento: 24/09/1989
Sexo: Masculino
Idade: 29
Senha: 0016
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO - URGENCIA
Atendimento: 464889
SAME: 109738

Período: 11/02/2019 12:01 - 11/02/2019 12:03

FERNANDA SOUZA DA CAMARA NASCIMENTO - COREN: 273647 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGÊNCIA AMARELO**
Cor: **AMARELO**
Queixa Principal: COLISÃO MOTOX MOTO - FRATURA TORNOZELO DIREITO.
Observação: PROCEDENTE DO BE. ARMINO CORREIA COM SENHA: 6817633. NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA.
Sintomas: TRAUMA
Discriminadores: - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA CARDIACA: 86.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 110.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

REVISADO
NEFLINIA

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele

Sim () Não (✓)

Local: Fernanda Nascimento
COREN-PE 273.647-ENG

Acolhido(a) por: FERNANDA SOUZA DA CAMARA NASCIMENTO - COREN: 273647 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 11/02/2019 12:03

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 464889

Senha da Classificação: [REDACTED]

Data e Hora: 11/02/2019 11:49

Paciente: 122894 GEISINALDO LOURENCO FRANCISCO Sexo: MASCULINO
Nome Social
Data do Nascimento: 24/09/1983 Idade: 29 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
Nome da Mãe: ROSILENE NARCISO LOURENCO Nome do Pai: SEVERINO HERCULINO FRANCISCO
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12348
Endereço: LOTEAMENTO NOVA SOLEDA - 99 Bairro: CENTRO
Cidade/UF: GOIANA PE Usuário Atendimento: HANNESAKCOA

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 13:20

Queixa Principal

Lesão traumática fechada de Mão,
com tumoração na base da 1ª falange
do dedo indicador, com dor e inchaço.

Exame Físico

Mão esquerda, tumoração e dor na base da 1ª falange do dedo indicador.

Hipótese Diagnóstico

Fratura traumática da 1ª falange do dedo indicador.

Prescrição Médica

Clonazepam 0,5mg

Dr. JOSÉ A. S. SILVA
Clonazepam 0,5mg
CREMEPE 26.07.19

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido Para

() Encaminhado ao setor de internação

Senha: _____





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL MIGUEL ARRAS

2 - CNES

6431565

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL MIGUEL ARRAS

4 - CNES

6431565

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

6 - Nº Prontuário

122894

1 - Nome do Paciente

GEISINALDO LOURENÇO FRANCISCO

7 - Cartão Nacional de SUS

8 - Data de Nascimento

24/09/1989

9 - Sexo

X

10 - Estado Civil

3

11 - Raça/Cor

03 - Parda

12 - Etnia

0000 - Não Se Aplica

13 - Telefone de Contato

8199250542

14 - Telefone de Contato

15 - Nome da Mãe

ROSILENE NARCISO LOURENÇO

16 - Nome Responsável

OLÁUDIA DANIELLE DOS SANTOS SILVA

17 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)

RAMENTO NOVA SOLEDADE, 99 - CENTRO

18 - Município

UNA

19 - BDE

260620

20 - UF

PE

21 - CEP

65900974

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

QUEIXAS SINTOMÁTICAS E SÍNDROMAS DESCRITAS: LUXAÇÃO DE JOELHO DE DIREITA, COM TRAUMATISMO EM TORNOZELHO DIREITO, EVOLUINDO COM DOR, EDEMA E INCAPACIDADE FUNCIONAL.

ANTECEDENTES: FRATURA TRIMALEOLAR DIREITA

AD EXAME

JOELHO DE DIREITA, INFLAMADO E DOLORIDO

POSSÍVEL PERDA DE SUBTALAR

NÃO PRESERVADO

22 - Condições que justificam a internação

NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

23 - Principais Exatões de Prova Diagnóstica

ANAMNESE - EXAME FÍSICO

24 - CID 10 Principal

S93.0

25 - CID 10 Secundário

V22.9

26 - CID 10 Causa Associada

M05.0

27 - Diagnóstico Principal (Código)

FRATURA TRIMALEOLAR DIREITA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - Código do Procedimento

0415020069

29 - Descrição do Procedimento Solicitado

PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA

30 - Tipo de Cirurgia

CIRURGICA

31 - Caracter de Atendimento

2

32 - Documento

(X) CDS

() CPF

33 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante Assinante

980016287127859

34 - Nome do Profissional Solicitante Assinante

JOAO BOSCO BARRETO COUTO NETO

35 - Data da Solicitação

11/02/2019

36 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Ortopedia e Traumatologia 26671

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

37 - Adiente de Trabalho

38 - CNPJ Seguradora

39 - Nome

40 - Sexo

41 - Tipo de Trabalho

42 - CNPJ Empresa

43 - Nome

44 - CNPJ

45 - Vínculo com a Previdência

Empregado

Empregador

Autônomo

Desempregado

Após

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Cód. Orgão Emissor

E260000001

48 - Documento

(X) CDS

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

50 - Data da Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

AIH
261910214580-3

AIH
261910214581-4

Código do Laudo: 464889





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

Página: 0001
Data: 12/02/2019
Hora: 20:57

Ficha de Cirurgia

Arço de Cirurgia: 54550	Sala: 0003	SALA 03	Atendimento: 465066
Paciente: 122894	GE SINALDO LOURENÇO FRANCISCO		Carteira:
Convênio Atend.: 1	SUS - INTERNACAO		Idade: 29 Anos
Leito: 693	VERDZ-17		
Qt. Início: 12/02/2019 20:00	Dr. Fim: 12/02/2019 21:00		
Cic Pre-Operatório: S930	LUXACAO DA ARTICULACAO DO TORNOZELO		
Cic Pós-Operatório:			

Procedimento: 0408050497 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALOLAR / TRIVALEOLAR / DA FRATURA UNILAT DO TORNOZELO (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUIANESTESIA

CRURIAO 18099 - FILIPE MACIEL BELFORT CAMPOS
ANESTESIA 2350 - GENESIO GOMES DA CRUZ JUNIOR

Descrição Cirúrgica:

DIAGNOSTICO: FRATURA LUXACAO TRIVALEOLAR DE TORNOZELO DIREITO
INTERVENCAO: REF. TRANSARTICULAR DE TORNOZELO DIREITO EM DELTA
OPERADOR: DR. FABIO KAUFFMAN
1ª AUXILIAR: DR. THIAGO MENDONÇA
2ª AUXILIAR: DR. SAMUEL MOURA
INSTRUMENTADOR: JACIANE
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

RELATO DE INTERVENÇÃO

VIA DE ACESSO - ASPECTOS DOS ORGÃOS E LESÕES PRÁTICAS E TÉCNICA - LIGADURAS
MATERIAL OFFENAGEM - SÍNTESE MATERIAL EMPREGADO - CURATIVOS

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA - ANTISEPSIA MIO
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. REDUÇÃO INCRUENTA DA FRATURA LUXACAO DO TORNOZELO DIREITO
5. APLICADO FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE TORNOZELO DIREITO EM DELTA
6. VERIFICADA BOA REDUÇÃO COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS
7. CURATIVO ESTÉRIL
8. BOA PERFUSÃO DISTAL MIO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Samuel Moura
CRM: 27.045.550

DR(A): FILIPE MACIEL BELFORT CAMPOS
CRM: 18099

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



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

Página: 0001
Data: 20/02/2019
Hora: 17:19

Ficha de Cirurgia Descritiva

Unidade Cirúrgica: 54708
Paciente: 122854
Convênio: 1
Leito: 81
Data: 20/02/2019 13:10
Clínica Pré-Operatória: 3927
Clínica Pós-Operatória:

Sala: 0003 SALA 03
GEIS NALDO LOURENÇO FRANCISCO
SUS - INTERNACAO
ORTL-514-LEITO 001
Data: 20/02/2019 16:50
FRATURAS MULTIPLAS DA PERNA

Atendimento: 1455065
Carteira:
Idade: 29 Anos

Procedimentos

Procedimento: 0406050497

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAC
DO TORNOZELO (PRINCIPAL)

Convênio: 001
Anestesia:

SUS - INTERNACAO

Equipe Médica

QUIRURGIAO
ANESTESISTA

19797 ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ
23880 GENESIO GOMES DA CRUZ JUNIOR

Descrição Cirúrgica:

DIAGNOSTICO OPERATORIO: FRATURA-LUXACAO TRIMALEOLAR DE TORNOZELO DIREITO
TIPO DE INTERVENCAO: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + RAFI COM PLACA 1/3 DE CANO EM MALEOLO LATERAL + RAFI
COM PARAFUSOS EM MALEOLO MEDIAL + RAFI COM PLACA EM T EM MALEOLO POSTERIOR + 01 PARAFUSO
TRANSDESMOIDAL
CERRADOR: DR. ANTONIO QUEIROZ
1º AUXILIAR: DR. PEDRO CUNHA
2º AUXILIAR: DR. SAMUEL MOURA
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA
ANESTESISTA: DR. GENESIO

01. PACIENTE EM DECUBITO LATERAL ESQUERDO, SOB ANESTESIA
02. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA MID + RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE TORNOZELO DIREITO
03. APOSICAO DE CAMPOS ESTERIS
04. FEITA INCISAO EM REGIAO POSTERO LATERAL DE TORNOZELO DIREITO
05. DIVULSAO POR PLANOS ATÉ FOCO DE FRATURA DO MALEOLO LATERAL. REDUÇAO ORIENTADA E FIXACAO COM
PLACA 1/3 DE CANO 7 FURCS 3,5 MM + 01 PARAFUSO CORTICAIS 3,5 MM
06. REALIZADA INCISAO EM REGIAO MEDIAL DO TORNOZELO EM L COM 5 CM, DIVULSAO POR PLANOS ATÉ FOCO DE
07. FRATURA FEITA REDUÇAO ABERTA E FIXACAO COM 02 PARAFUSOS 3,5 MM ESPONJOSOS ROSCA PARCIAL
08. FEITA REDUÇAO ABERTA E FIXACAO DO MALEOLO POSTERIOR COM 01 PLACA EM T 3,5 MM 3X3 FURCS + 2
PARAFUSOS CORTICAIS 3,5 MM
09. REALIZADA APOSICAO DE 01 PARAFUSO CORTICAL 3,5MM TRANSDESMOIDAL
10. LAVAGEM COM SF 0,9% 1.000ML
11. VERIFICADO BOM POSICIONAMENTO DOS IMPLANTES ATRAVES DE ESCOPIA
12. SUTURA POR PLANOS COM VICRYL E NYLON
13. CURATIVO ESTERIL
14. OBSERVADA BOA PERFUSAO PERIFERICA DO MID

Ortese e Prótese

01. PLACA 1/3 DE CANO 3,5 MM 7 FURCS
01. PLACA 3,5 MM EM T 3X3 FURCS
02. PARAFUSOS CORTICAIS 3,5 MM N 40
01. PARAFUSOS CORTICAIS 3,5 MM N 14
01. PARAFUSOS CORTICAIS 3,5 MM N 38
02. PARAFUSOS ESPONJOSOS ROSCA PARCIAL 3,5 MM N 45 E 50

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

Dr. Samuel Moura
Cirurgião Geral
CRM 145.905



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: GEISINALDO LOURENÇO FRANCISCO
IDADE: 29 SEXO: MASC

DATA DA ADMISSÃO: 11/02/19

REG: 122894

DATA DA ALTA: 21/2/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA TRIMALEOLAR DE TORNOZELO DIREITO

TRATAMENTO REALIZADO:

- 12/02 – FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE TORNOZELO DIREITO
- 20/02 – REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACAS E PARAFUSOS (MALEOLO POSTERIOR FIXADO COM PLACA T)

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATORIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS AS SEXTAS-FEIRAS) EM 02 SEMANAS.
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVO CONFORME ORIENTADO.
- DEAMBULAR COM USO DE MULETAS SEM PISAR COM MEMBRO OPERADO.
- CARGA ZERO (SEM PISAR) NO MEMBRO OPERADO ATÉ LIBERAÇÃO MÉDICA;
- FAZER USO DE MEDICAÇÃO PRESCRITA EM RECEITUÁRIO MÉDICO;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATORIO DE EGRESSO SIM (x) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

Mariano Cavalcanti
Ortopedia e Traumatologia
Médico Residente
CRM-PE 24973

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000 Paulista - PE



FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **465065**

Usuário: COSMEJS

DADOS DO PACIENTE

Paciente: GEISINALDO LOURENCO FRANCISCO		Prontuário: 177894	
Idade: 29a An 19d	Sexo: M	Estado Civil: SOLTEIRO	Data de Nascimento: 24/09/1989
Profissão:	Escolaridade:		
R.G.: 7390127	C.P.F.:	Telefone:	CEP: 55900974
Endereço: LOTEAMENTO NOVA SOLEDADE		99 - CENTRO	- GOIANA - PE

Dados da Internação

Origem: AGENCIA/EMERGENCIA	Data e Hora da Internação: 12/02/2019 10:43
Convênio: SUS - INTERNACAO	Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA	Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO
Médico Internação: JOAO BOSCO BARRETO COELHO NETO	Leito: VERDE 2 17

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Endereço:	Numero:	
Telefone:	Cidade:	Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 11/02/19	Hora da Alta:
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Rec do ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão	
Condições de Alta: boas condições clínicas	
Diagnóstico Principal..... Fratura timpânica ①	REVISADO 2019-02-11
Diagnóstico Secundário01.:	
Diagnóstico Secundário02.:	
Procedimento..... FE	
Pac com placas e parafusos	
	Montador Oculista Ortopede Traumatologia Médico Residente CRM-PE 24913
	Médico e CRM:
Rosilene Narciso Lourenço	
Responsável pela retirada do paciente	Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em 11 de 02 de 19

João Bosco Barreto Coelho Neto
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: GEISINALDO LOURENÇO FRANCISCO REG: 122894

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA

11/2/2019

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

ADMISSÃO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM TRAUMATISMO EM TORNOZELO DIREITO, EVOLUINDO COM DOR, EDEMA E INCAPACIDADE FUNCIONAL. RX EVIDENCIA FRATURA TRIMALEOLAR DIREITA AO EXAME:

LOTE, BEG, EUPNEICO E AFEBRIL

BOA PERFUSAO DISTAL

NVC PRESERVADO

ESCORIAÇÕES EM DORSO DO PÉ DIREITO.

EDEMA + 4+

HD:

1- FRATURA TRIMALEOLAR DIREITA

CD:

1- INTERNAMENTO

2- SOL LAB PREOP

3- SOL NOVOS RX + TAC TNZ

4- SOL NOVA TALA

José S. B. C. Melo
Ortopedia

13/02/19

08:40

LD

FE LX TRIMALEOLAR INT DIR

MD

REFE TRANSAT. INT DIR

Paciente com exame S/

queixa ativas no membro

apo. orientado consciente

funcional, afebril, com

hidrataç. normal

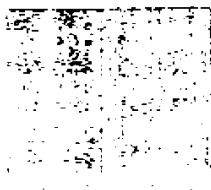
MD - FE RM POSICIONADO

NVC PRESERVADO

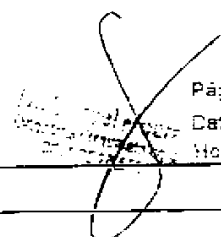
em AG 2º tempo curativo

Dr. S. B. C. Melo
Ortopedia





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


Página: 0002
Data: 20-02-2019
Hora: 17:13

DR(A): ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ
CRM: 18797

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES
MV2000 - Sistema de Gerenciamento Ambulatorial
Relatório de Diagnóstico de Atendimento

Página: 1 / 1
Emitido por: COSMEUS
Em: 12/02/2019 11:23

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento: 454559 Prontuário: 122894 SAME: 109788 Hora Atend: 11:49 Data Atend: 11/02/2019
Paciente: GEISINALDO LOURENÇO FRANCISCO Idade: 29 a
Endereço: LOTEAMENTO NOVA SOLEDADE
Bairro: CENTRO
Cidade: GOIÂNIA
Convênio: SUS - EXTERNO / URGÊNCIA UF: PE CEP: 65900974
CID Principal: Plano: PLANO UNICO
CID's Secundários:
Resultado: ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNAÇÃO
Data Saída: 12/02/2019 Hora Saída: 10:39

Prestador da Evolução Médica:

JOÃO BOSCO BARRETO COUTO NETO

DIAGNÓSTICO
ENFERMIAO

JOÃO BOSCO BARRETO COUTO NETO - 26670
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



