



PROCURAÇÃO/ CONTRATO DE HONORÁRIOS

OUTORGANTE: ELIAS BARROS DA SILVA, brasileiro, viúvo, pensionista, portador do RG nº 752.020 SDS PE, inscrito no CPF sob nº 551.026.624-49, com endereço na 2ª Travessa Fernandinho, nº 289, Córrego do Jenipapo, Recife, Pernambuco, CEP 52.091-616;

OUTORGADAS: Nathália Paola Azevedo de Sabóia, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 36.786, e-mail: nathalia.pas@hotmail.com, e Tarcila Fernanda Pacheco Martins de Andrade, brasileira, casada, advogada inscrita na OAB/PR sob nº 47.443 e OAB/PE sob nº 1.658-A, e-mail: tarcilafernanda@msn.com, ambas com endereço na Av. Norte Governador Miguel Arraes, nº 1966, Encruzilhada, Recife/PE, CEP: 52041-080.

PODERES: Para o foro em geral, com cláusula "Ad Judicia", a fim de que possa defender os interesses e direitos do outorgante perante O INSS, Justiça Federal, Justiça Estadual, e/ou Justiça do Trabalho, conferindo-lhe poderes especiais para substabelecer, renunciar ao direito ao qual se funda o objeto da ação, firmar acordos e inclusive para renunciar aos valores que porventura excederem o teto dos juizados especiais.

DECLARAÇÃO: A parte Outorgante declara, para os devidos fins de direito, que não possui condições de litigar em juízo sem prejuízo pecuniário próprio ou de sua família, pelo que requer os benefícios da justiça gratuita nos termos do Art.4º, § 1º da Lei 1060/50.

CONTRATO: Fica acertado entre as partes acima, o pagamento de honorários contratuais advocatícios à base de 30% dos benefícios econômicos auferidos através da demanda, sendo que a parte Outorgante autoriza, desde já, a retenção dos honorários advocatícios em favor de **ANDRADE & AZEVEDO ADVOGADOS ASSOCIADOS**, pessoa jurídica inscrita no CNPJ/MF sob nº 30.653534/0001-88, por ocasião do pagamento judicial ou administrativo.

Parágrafo 1 - No caso de não existirem parcelas em atraso, fica acertado desde já o pagamento do valor mínimo de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) no caso de êxito da demanda judicial ou administrativa.

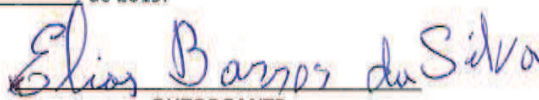
Parágrafo 2 - O contratante é responsável por todas as informações prestadas, bem como documentações fornecidas ao contratado para o ingresso da ação.

Parágrafo 3 - O contratante está ciente de que a condução técnica do processo cabe exclusivamente as contratadas.

Parágrafo 4 - No caso de desistência do processo após o ajuizamento, se compromete a contratante ao pagamento do valor de um salário mínimo vigente as contratadas no ato de desistência.

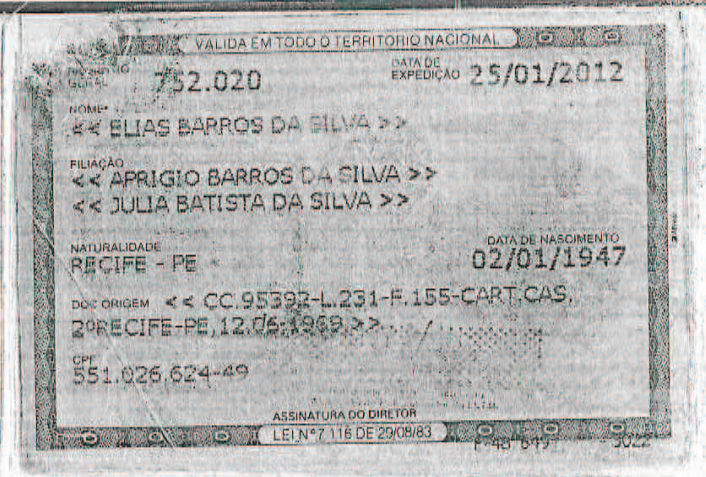
Parágrafo 5 - No caso de reconhecimento administrativo superveniente ao ajuizamento judicial, e/ou a prática de atos administrativos por parte das Contratadas após a assinatura do presente contrato são devidos os honorários contratados, no percentual de 30% dos benefícios econômicos auferidos, assim como no caso de substabelecimento.

Recife, 30 de JULHO de 2019.


OUTORGANTE

tarcilafernanda@msn.com



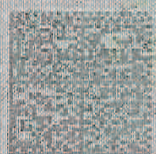




Seguradora

LÍDER

Administradora do Seguro DPVAT



Correio

R\$ 13,

09/24

C/ AGF MAR12

ELIAS BARROS DA SILVA
2 TRAVESSA FERNANDINHO, 289
CORREGO DO JENIPAO
CEP 52091-616 - RECIFE - PE



BI345044693BR

Saiba + www.seguradoralider.com.br

Solicitar a indenização do Seguro DPVAT é simples: basta juntar os documentos necessários e entregá-los em uma seguradora consorciada, que, após constatar a sua regularidade, os encaminhara à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A.

Antes de tudo, lembre-se: para dar entrada no pedido de indenização ou acompanhar o andamento do processo, não é preciso envolver intermediários. Se você é o principal interessado na indenização, cuide dela você mesmo.

DPVAT - Como Requerer

Administradora do Seguro DPVAT
LÍDER
Seguradora





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 005ª CIRCUNSCRIÇÃO - CASA AMARELA - DP5ªCIRC DIM/5ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0095003669**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/08/2018** às **12:05**

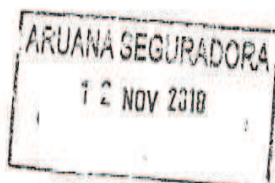
Complementa o BO Número: **18E0095002807**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **14/12/2016** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR 101 NORTE, 1** - Bairro: **MACAXEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **EM FRENTE A UPINHA DO CORREGO DO JENIPAPO**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

HOMEM DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
ELIAS BARROS DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): HOMEM DESCONHECIDO

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

ELIAS BARROS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JULIA BATISTA DA SILVA** Pai: **APRIGIO BARROS DA SILVA** Data de Nascimento: **2/1/1947** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **752020/SDS/PE (RG). 55102662449 (CPF)** Estado Civil: **VIUVO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **APOSENTADO** Telefones Fixos: **- 32666989**
Telefones Celulares: **- 996340934**

Endereço Residencial: **TRAVESSA FERNANDINHO, 289 - CEP: 55000-000 - Bairro: CORREGO DO JENIPAPO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, BARRACA DO ARISTIDES**

HOMEM DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **HOMEM DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **HOMEM DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

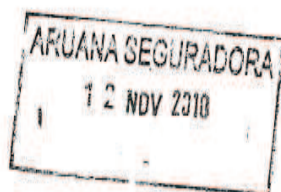


A VITIMA INFORMA QUE ESTAVA ATRAVESSANDO A BR-101 NAS MEDIAÇÕES DA MACAXEIRA, PRÓXIMO A UPINHA DO CORREGO DO JENIPAPO, QUANDO UMA MOTOCICLETA O ATROPELOU, ONDE FOI SOCORRIDO POR POPULARES ATÉ A UPA DA CAXANGÁ COM O NÚMERO DE ATENDIMENTO 957664, PRONTUÁRIO 383649 E POSTERIORMENTE PARA O HOSPITAL GETÚLIO VARGAS COM O NÚMERO DE ATENDIMENTO 382233, PRONTUÁRIO 1037679, EM SEGUIDA PARA O HOSPITAL SANTA CASA DA MISERICÓRDIA COM O NÚMERO DE REGISTRO 474874, Nº DE PRONTUÁRIO 1072584. PELO EXPOSTO, REQUER RESGUARDAR SEUS DIREITOS.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

x *Elías Barros da Silva*
ELIAS BARROS DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *[Assinatura]* LUIZ CARLOS HUMBERTO DA SILVA - Matrícula: 350637-1



CÓPIA AUTÊNTICA



CÓPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 19732 / 2019

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 018A. CIRCUNSCRIÇÃO - MACAXEIRA
Ofício nº. 030 / 2019 Data 6 / 5 / 2019
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 018A. CIRCUNSCRIÇÃO - MACAXEIRA

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 06:36 do dia 6 de Maio de 2019, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de ELIAS BARROS DA SILVA filho(a) de APRIGIO BARROS DA SILVA e de JULIA BATISTA DA SILVA, de cor NÃO INFORMADO, sexo Masculino, cabelo NÃO INFORMADO, estado civil NÃO INFORMADO, aparentando a idade de 72 Anos, peso NÃO INFORMADO, de estatura NÃO INFORMADO, natural de RECIFE - PE, nacionalidade BRASIL, documento apresentado RG: 752020, profissão NÃO INFORMADO, endereço RUA FERNANDINHO, nº 389, complemento: NÃO INFORMADO, bairro MACAXEIRA, telefone/s (81)3304-7371, RECIFE - PE, sinais particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

REFERE O PERICIANDO QUE FOI ATROPELADO POR UMA MOTO NO DIA 14 DE DEZEMBRO DE 2016, FOI ATENDIDO NO UPA NA UPA DA CAXANGÁ E TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL GETÚLIO VARGAS, SENDO POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE RECIFE, CUJA FICHA DE ADMISSÃO, COM DATA DE 16 DE DEZEMBRO DE 2016, ASSINADA PELO MÉDICO FÁBIO LOPES, CRM 23495, CONSTA: "PACIENTE COM RELATO DE ATROPELAMENTO HÁ 3 DIAS, EVOLUINDO COM FRATURA DE TÍBIA A ESQUERDA, ENCAMINHADO DO HGV PARA CORREÇÃO CIRÚRGICA". FOI SUBMETIDO A CIRURGIA POR DUAS VEZES, TENDO ALTA EM 24 DE FEVEREIRO DE 2017 E READMITIDO EM 03 DE MAIO DE 2017 PARA RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM ALTA EM 04 DE MAIO DE 2017, CONFORME DECLARAÇÃO ASSINADA PELA DRA. ROBERTA C. DE ALMEIDA, CRM 13434.

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

AO EXAME DEAMBULA COM MARCHA CLÁUDICANTE E COM A AJUDA DE MOLETA. HÁ LIMITAÇÃO DE TODOS OS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO E DEFICIT DO MOVIMENTO DE EXTENSÃO DO JOELHO. APRESENTA CICATRIZES HIPERCROMICAS E DEFORMANTES EM TODA METADE INFERIOR DA PERNA ESQUERDA.

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:

SOLICITADA DOCUMENTAÇÃO FOTOGRÁFICA.

QUESITOS:

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?

Sim

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?

Instrumento contundente.

3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)

Sim. DEBILIDADE PERMANENTE NA DEAMBULAÇÃO PELA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO E TORNOZELO DIREITOS.
INCAPACIDADE PARA AS OCUPAÇÕES HABITUAIS POR MAIS DE TRINTA DIAS PELA FRATURA.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

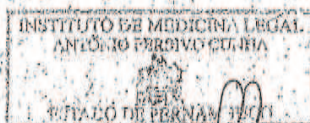
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)

Sim. DEFORMIDADE PERMANENTE PELAS CICATRIZES

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr^o. VALDERI SIQUEIRA DE MIRANDA - CRM 9290.

Perito responsável:



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Instituto de Medicina Legal - Antônio Persivo Cunha
Bogão do Protocolo

Em acordo com a Legislação em vigor, foi atestada esta cópia autenticada com valor de original por autenticação de Sandra Rosa Batista da Silva

Carimbo Oficial nº

530719

10/06/2019

Aqui se fez o rubricado

Funcionário - Matrícula

154.263.348-5



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0411400/18

Número do Sinistro: 3180532975

Vítima: ELIAS BARROS DA SILVA

CPF: 551.026.624-49

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 14/12/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELIAS BARROS DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

ELIAS BARROS DA SILVA : 551.026.624-49

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: 25/01/2019
Nome: ELIAS BARROS DA SILVA
CPF: 551.026.624-49

ELIAS BARROS DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/01/2019
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral



Josyelli de Oliveira Cabral



DECLARAÇÃO

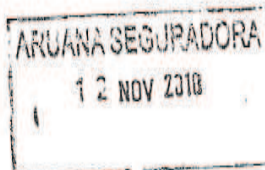
Declaramos para os devidos fins, que o paciente **ELIAS BARROS DA SILVA**, prontuário nº 107.2584, admitido neste hospital em 16/12/2016 com diagnóstico de Fratura dos Ossos da Perna Esquerda, sendo submetido a tratamento Cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 24/02/2017.

Segundo Internamento: Paciente admitido neste hospital em 03/04/2017 para Retirada de Material de Síntese MIE, sendo submetido a tratamento Cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 04/04/2017.

Recife, 06 de Novembro de 2017.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE 13434

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: ELIAS BARROS DA SILVA

1. Ocorrência da Emergência: 382233

1.1 - Atendimentos em: 14/12/16

1.2 - Às 20 horas e 45 minutos.

1.3 - Internado:

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No.

2.1 – Internado em: 14/12/16

2.2 - Alta em:

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA.

4. Tratamento: TALA COXO PODÁLICA ESQUERDA.

5. Observação: ATROPELAMENTO MOTOCICLÍSTICO.

TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DE SANTO AMARO EM 16/12/16.

DATA: 22.5.2018

HORA: 08:46:51

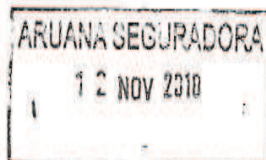
PASTA: 01.05.2018

TB

RS

Dr. Tadeu Buril
SDC - CREMEPE -3019
MAT. 0566683

Dr. Tadeu Buril.



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA 5062283

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: ELIAS DE CARVALHO SILVA Idade: 19

Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: RECIFE

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão) Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso do cinto: S () N ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do trauma: () Impacto Frontal () Impacto lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Atropelamento por veículo em movimento

Hipótese Diagnóstica: Fratura distal do rádio

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ x
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/ Estridor: S () N ()
Distúrbio: Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de Face: S () N () Retratação Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lenificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR:RN 35-50

< 1 ano 30-50
Criança 20-30
Adulto 12-30

FR:RN 120-180

< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

ARUANA SEGURADORA
12 NOV 2018

AO HCU - SENHA 5062283





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **ELIAS BARROS DA SILVA**

Nº Registro: 474874 Nº Protuário: 1072584 Sexo: Masculino Idade: 70 ano (s)

Data: 26/01/2017 / 18:04 Convênio:

SUS - AMB

Intervalo: 1

ADMISSÃO DO PACIENTE

QPD/HDA:

ADMISSÃO EM DEZEMBRO DE 2016:

PACIENTE COM RELATO DE ATROPELAMENTO, EVOLUINDO COM FRATURA DE TÍBIA A ESQUERDA. ENCAMINHADO DO HGV PARA CORREÇÃO CIRÚRGICA, EM USO: LOSARTANA E HCTZ, SINVASTATINA

TEM APRESENTANDO SECREÇÃO AMARELADA EM LESÃO COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA IMPORTANTE. EM USO DE FIXADOR EXTERNO. ASSINTOMÁTICO, AFEBRIL.

MEDICAÇÕES EM USO:

ALERGIAS:

ANTECEDENTES PESSOAIS:

HAS:
TABAGISMO:
AVC:
OBESIDADE:
DM TIPO 2:
IRC:

ASMA:
ICC:
SEDENTARISMO:
DISLIPIDEMIA:
DAC:
OUTROS:

ANTECEDENTES FAMILIARES:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

CID 1:

CID 2:

Outros: FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA

CIRURGIA DE RETIRADA DE PLACA E COLOCAÇÃO DE FIXADOR EM 20/01/17

OSTEOMIELOTE

HAS

EXAME FÍSICO:

ESTADO GERAL:

FR:

PA:

X

FC:

AD:

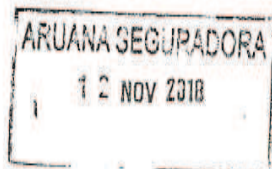
AR:

ACV:

PELE:

SN:

OUTROS:





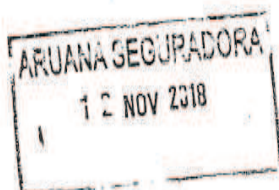
Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **ELIAS BARROS DA SILVA**
Nº Registro: 474874 Nº Protuário: 1072584 Sexo: Masculino Idade: 70 ano (s)
Data: 20/01/2017 / 11:38 Convênio: SUS - AMB
Data do internamento: 26/01/2017 17:57 Intervalo:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Fratura dos Ossos da Perna Esquerda CID:

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: CID:

Data Internamento : Data Intervalo: Data da Alta:



Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO. CRM: 6218. Data e Hora: 30/01/2017 11:53:14.

Azarias Salgado
CRM: 6218

Azarias Salgado
CRM: 6218



 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(ES)		Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE 2 - CNES 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXERCITANTE 4 - CNES				
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE 6 - CNES 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 8 - DATA DE NASCIMENTO 9 - SEXO 10 - RAÇA/COR 11 - NOME DA MÃE 12 - TELEFONE DE CONTATO 13 - NOME DO RESPONSÁVEL 14 - TELEFONE DE CONTATO 15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) 16 - CID 10 PRINCIPAL 17 - CID 10 SECUNDÁRIO 18 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS 19 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS				
20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR 22 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR 23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA 24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 25 - DIAGNÓSTICO INICIAL 26 - CID 10 PRINCIPAL 27 - CID 10 SECUNDÁRIO 28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS				
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 35 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 37 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 38 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 39 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 40 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				
41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO Paciente vítima de acidente atropelamento há 03 dias, resultando em Fratura dos Ossos da Perna Direita, dor e edema local. Necessitando de procedimento cirúrgico. Operado com fixação externa para estabilização da fratura. Alta para 2º tempo cirúrgico.				
42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 43 - DATA DA SOLICITAÇÃO 44 - DOCUMENTO 45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 49 - DOCUMENTO 50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				

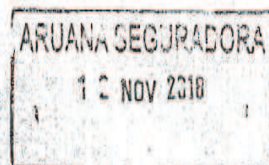


SECRET

 HOSPITAL NOME DO HOSPITAL ENDEREÇO DO HOSPITAL		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE 2 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		3 - CUBO 4 - CUBO	
5 - NOME DO PACIENTE Elias Barros da Silva		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO 10 - RAÇA/COR	
11 - NOME DO PAI 12 - NOME DO RESPONSÁVEL		13 - TELEFONE DE CONTATO 14 - TELEFONE DE CONTATO	
15 - ENDEREÇO (CASA, Nº, BAIRRO) 16 - CIDADE DE RESIDÊNCIA		17 - CDD, INSC. MUNICÍPIO 18 - UF 19 - CEP	
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Pc Wt open to p/ctene p/ctene Eng f/ctene p/ctene p/ctene p/ctene p/ctene		21 - JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RER, LAC, DE, LAC, DE, LAC, DE) De RX		23 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RER, LAC, DE, LAC, DE, LAC, DE)	
24 - DIAGNÓSTICO INICIAL End p/ctene Eng		25 - CID INICIAL 26 - CID IN SECUNDÁRIO 27 - CID IN CAUSAS ASSOCIADAS	
28 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO End p/ctene Eng		29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE End p/ctene Eng		31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE End p/ctene Eng		33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE End p/ctene Eng		35 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
36 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE End p/ctene Eng		37 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE End p/ctene Eng		39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
40 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE End p/ctene Eng		41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE End p/ctene Eng		43 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
44 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE End p/ctene Eng		45 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
46 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE End p/ctene Eng		47 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
48 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE End p/ctene Eng		49 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
50 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE End p/ctene Eng		51 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
52 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE End p/ctene Eng		53 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
54 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE End p/ctene Eng		55 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
56 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE End p/ctene Eng		57 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
58 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE End p/ctene Eng		59 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
60 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE End p/ctene Eng		61 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
62 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE End p/ctene Eng		63 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
64 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE End p/ctene Eng		65 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
66 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE End p/ctene Eng		67 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
68 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE End p/ctene Eng		69 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
70 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE End p/ctene Eng		71 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
72 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE End p/ctene Eng		73 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
74 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE End p/ctene Eng		75 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
76 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE End p/ctene Eng		77 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
78 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE End p/ctene Eng		79 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
80 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE End p/ctene Eng		81 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
82 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE End p/ctene Eng		83 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
84 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE End p/ctene Eng		85 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
86 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE End p/ctene Eng		87 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
88 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE End p/ctene Eng		89 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
90 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE End p/ctene Eng		91 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
92 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE End p/ctene Eng		93 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
94 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE End p/ctene Eng		95 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
96 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE End p/ctene Eng		97 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
98 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE End p/ctene Eng		99 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
100 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE End p/ctene Eng		101 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	

CÓD: 1193

Insira
03/04/14
Zelinaldo





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **ELIAS BARROS DA SILVA (Laudo para Revisão)**
Nº Registro: 474874 Nº Protuário: 1072584 Sexo: Masculino Idade: 69 ano (s)
Data: 26/12/2016 / 11:54 Convênio: SUS - AMB
Intervalo: 1

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 26/12/2016-11:54

Diagnóstico pré-operatório: Fratura dos Ossos da Perna Esquerda
Diagnóstico pós-operatório: Fratura dos Ossos da Perna Esquerda
Cirurgia: Tratamento Cirúrgico de Retirada de Fixador Externo + Fratura de Píleo Tibial Esquerdo
Cirurgião: Dr. Reinaldo Mendes
Anestesia: Raqui

Acidentes durante a cirurgia: Nenhum

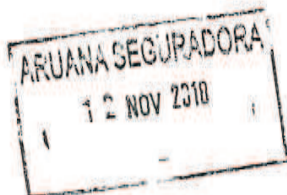
DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. Assepsia e antissepsia c/ PV PI;
2. Mini Incisão anterior;
3. Mini Incisão lateral;
4. Retirado Fixador Linear + Pinos Shantz;
5. Sutura;

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

6. Paciente em decúbito dorsal sob anestesia;
7. Assepsia e antissepsia;
8. Aposição de campos cirúrgicos;
9. Realizado incisão + dissecação por planos, realizado osteotomia + redução da fratura, realizado Osteossíntese da fratura com 01 placa + parafusos, verificado boa posição dos implantes e boa redução da fratura;
10. Limpeza com SF0,9%;
11. Sutura por planos;
12. Curativo;
13. Rx controle.

Dr. REINALDO MENDES DE CARVALHO
CRM: 14861





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **ELIAS BARROS DA SILVA**

Nº Registro: 474874 Nº Protuário: 1072584 Sexo: Masculino Idade: 70 ano (s)

Data: 17/02/2017 / 14:33 Convênio: SUS - AMB

Intervalo:

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 17/02/2017-14:34

>>DIAGNÓSTICO >> LESÃO EXTENSA PERNA ESQUERDA DISTAL

>>PROCEDIMENTO >> ROTAÇÃO DE RETALHO PEDICULADO + ENXERTO COMPOSTO + NEUROLISE + ZETA-PLASTIA

EQUIPE

ANESTESISTA: Edgar Cerqueira

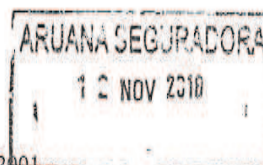
CIRURGIÕES: Leonardo Pinheiro + Reinaldo Mendes

INSTRUMENT: Cleiton

// DESCRIÇÃO CIRÚRGICA //

1. Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
2. Assepsia + anti-assepsia + aposição de campos estéreis
3. Garroteamento MID
4. Desbridamento + preração do leito receptor em região medial da perna esquerda
5. Dissecção do pedículo posterior ao maleolo lateral, com dissecação da artéria sural
6. Confeção de retalho em ilha pediculado em região posterior da perna
7. Ligadura dos vasos surais proximais com confecção do retalho fascio-cutâneo e sua elevação
8. Neurólise + neurectomia do nervo sural
9. Rotação do retalho para cobrir falha cutânea na região medial do tornozelo
10. Zeta-plastia sobre região doadora para cobrir local da retirada
11. Colocado dreno aspirativo 3.6
12. Sutura de todas incisões com náilon 4-0
13. Curativo com óleo desani + algodão ortopédico

Dr. LEONARDO PINHEIRO CARVALHO
CRM: 17884



Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: LEONARDO PINHEIRO CARVALHO. CRM: 17884. Data e Hora: 17/02/2017 14:34:25.

Leonardo Pinheiro
CRM: 17884
17/02/2017 14:34:25





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

ne: **ELIAS BARROS DA SILVA**
Nº Registro: 474874 N° Protuário: 1072584 Sexo: Masculino Idade: 70 ano (s)
Data: 04/04/2017 / 11:53 Convênio: SUS - AMB
Data do internamento: 03/04/2017 09:30 Data da alta: 04/04/2017 16:37 Intervalo: 1

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): Retirada de Fixador Externo CID:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento Cirúrgico de Retirada de Fixador Externo MIE
CÓDIGO: 0408060360

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO:

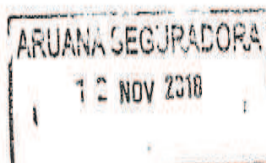
COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	: Dr. Reinaldo Mendes	14861
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:	
5	ANESTESISTA	:	
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

RESUMO DE CASO: Paciente operado anteriormente onde foi implantado fixador externo. Encaminhado para 2º tempo cirúrgico.
Operado. Alta Hospitalar após melhora.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Retirada de Fixador Externo CID:

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: CID:



Dr. Aruana Saboia
Arquiveiro/Transcritora
14/07/2018

Dr. Aruana Saboia
Arquiveiro/Transcritora
14/07/2018





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

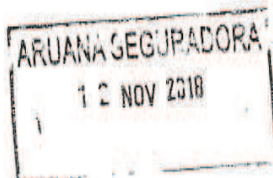
Nome: **ELIAS BARROS DA SILVA**

Nº Registro: 474874 Nº Protuário: 1072584 Sexo: Masculino Idade: 70 ano (s)

Data: 04/04/2017 / 11:53 Convênio: SUS - AMB

Data do internamento: 03/04/2017 09:30 Data da alta: 04/04/2017 16:37 Intervalo: 1

Data Internamento : Data Intervalo: Data da Alta:



Dr. Acyras Salgado
Assinada / Inscrição
12/11/2018

Dr. Acyras Salgado
Assinada / Inscrição
12/11/2018





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, 14 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180532975

Vítima: ELIAS BARROS DA SILVA

Data do Acidente: 14/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELIAS BARROS 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\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: **ELIAS BARROS DA SILVA**

Valor: **R\$ 945,00**

Banco: **104**

Agência: **000000049**

Conta: **00000241286-0**

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

