



27/01/2020

Número: **0086956-21.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO (AUTOR)		EWEERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56989 268	27/01/2020 15:20	2687649_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00869562120198172001

AUSÊNCIA DE COBERTURA

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **24/09/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 07/07/2018.

Após análise detida dos documentos apresentados, verificou-se a ausência de cobertura, vez que a parte autora **não restou inválida**, pressuposto necessário para o pagamento da indenização pleiteada.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a **NEGATIVA** da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

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



A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

A parte Autora sustenta que encontra-se inválida permanentemente devido as supostas lesões sofridas decorrentes de acidente de trânsito.

Acontece Exa., que toda documentação médica apresentada aos autos não corrobora com o alegado, pelo contrário comprova cabalmente que NÃO HÁ INVALIDEZ e/ou DEBILIDADE PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ COBERTURA DO SEGURO DPVAT.

Assim, a parte Autora, deixou de comprovar de maneira precisa que é portador de invalidez permanente, não fazendo jus à indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação e visto não haver meios comprobatórios do alegado, devendo a demanda ser julgada improcedente, em consonância com o disposto no artigo 487, inciso I do Código de Processo Civil.

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC¹.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

¹“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.



A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral².

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima³.

Frisa-se que a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Assim, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral a parte Autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁴.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁵

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

² RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

³ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

⁴ “SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁵ **art. 1º. (...)**

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.



DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 24 de janeiro de 2020.

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



QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando o vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.



TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO**, em curso perante a **5ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00869562120198172001.

Rio de Janeiro, 24 de janeiro de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





27/01/2020

Número: **0086956-21.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO (AUTOR)		EWEERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56989 273	27/01/2020 15:20	ANEXO 1	Petição em PDF



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

Número do Registro

PROTESE ETIQUETA

869586	Data e Hora de Atendimento: 24/09/2017 05:36	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL Atendimento Manual :
Cod. Paciente: 1605392 Data de nascimento: 28/02/1988 Estado Civil: SOLTEIRO DOC ID / Data expedição Endereço: ESTRADA DE ALDEIA Bairro: ALDEIA Cidade: CAMARAGIBE Corrências:	Paciente: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO SIC Idade: 29a 6m 26d Profissão: Mãe: ROSA GOMES DA SILVA Pai: Número 1 Complemento: UF: PE Telefone: 991588697	Sexo: MASCULINO Acompanhante: Cartão SUS: Notificado: 27/09/17 Vigilância Epidemiológica Hospitalar VEH-HR/SES-NEP

Motivo do atendimento: **ACIDENTE CAPOTAMENTO**
Ocorrência: **VIA PUBLICA**

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome:	Fones:
Confirmação de endereço:	
Providências: Alta ☐ Caso Social ☐	
Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons.Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Publico ☐	
Outros ☐	
Observação:	Assistente Social

História Clínica:

VÍTIMA DE ACIDENTE DE CARRO.
HISTÓRIA DE ALCOOLISMO. NÃO SABEM SE ATRIBUÍDO
FALTA DE CONSCIÊNCIA. TRATADO EM PRONTO-SOCORRO
COMO DE TRAUMATISMO

Atendimento Médico	
Perda de consciência: Sim ☐ Não ☒	Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐
Acidente de Trânsito: Sim ☒ Não ☐	Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Imobilização Cervical: Sim ☐ Não ☒	Transporte realizado Por:
Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐	Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐
Por Que?	
Exame Físico:	
A: Geral	Via aérea está pervia: Sim ☒ Não ☐
O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.	
COLAR CERVICAL AUSENTE	
B: Respiratório	
C: Circulatório	PA: 110/70 X mm
Pulso: 72 bpm	
PULSO: 72 bpm, SEM RUÍDO DE FLETO	

24/09/2017
11



D: Exame Neurológico		Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐		Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocó.	
Glasgow: Abertura Ocular	Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motora			
Escore: 2	Escore: 3	Escore: 1			
Hora:	Hora:	Hora:			

E: Exposição/Abdômen:

ADD: FLACIDO, INDOLOR, SEM PERITONEISMO
 LESÃO EM ANCA DA BENTÂNIA SUPERIOR

Diagnóstico Inicial: POLITRAUMA

Cod. Procedimento

Conduta:

- 1 COLAR VERMELHO ABOM
- 2 SUE JOGUEI EU LEMO
- 3 SUEJO R-X TÓRAX/PELVE + TC CRÂNIO/COLUNA
- 4 CERVICAL / PULS
- 5 AV - BME / MLE

Ass. Médico

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermagem

Definição do Caso:

Condição de Alta:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☐ Alta

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: _____ CRM: _____ Data: _____ Hora: _____

Termo de responsabilidade para Internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: _____ Nome completo legível: _____
 No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de responsabilidade de alta a pedido:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: _____ Nome completo legível: _____
 No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: 24-Sep-17





Ortomédica
COMÉRCIO ORTOPÉDICO LTDA.

Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim

CEP: 52.060-210 - Recife - PE

CNPJ: 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5

Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

**CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA**
(RQ-06)

Nº 48120

1ª Via Flxa

Hospital: Intensiv Convênio: _____ Cidade: _____
Nome do Paciente: Silvia Maria Gomes de Almeida Data da Cirurgia: 21.09.17
Médico: Leopoldo Baptista Membro Operado: _____

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
24 Placas			
08 Parafusos			

PARAFUSOS CORTICAIS	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS CANULADOS	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR: _____





HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA



ENFERMARIA 502 8

#IDENTIFICAÇÃO

NOME: **MANOEL CORDEIRO NASCIMENTO**

ID: **123456789**

PLACA: **123456789**

DATA DE NASCIMENTO: **24/09/17**

ADMISSÃO SENE: **25/09/17**

SE:

DIAGNÓSTICO: **CRANIOPLASTIA (24/09)**

#SINOPSE:

EXAME DE CONTROLE

EXAME DE CONTROLE

EXAME DE CONTROLE

EXAME DE CONTROLE

EXAME DE CONTROLE

EXAME DE CONTROLE

DR.: _____

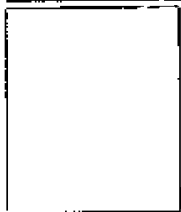


HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

24/09/2017 05:30



Nome Paciente: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO

Cód. Paciente:

Data de Nascimento: 28/02/1988

Sexo: Masculino

Idade: 29

Senha: U0016

Convênio:

Atendimento:

24/09/2017 05:30 - MARCIA LIRA DE ARAUJO - COREN: 18361 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - classificação

Prioridade:

LARANJA - MUITO URGENTE

Cor:

LARANJA

Queixa Principal:

PACIENTE VITIMA DE CAOTAMENTO HÁ 1 H, COM PERDA DE CONSCIÊNCIA. APRESENTANDO TRAUMA DE FACE, OTORRAGIA, RINORRAGIA, INCONSCIENTE.

Observação:

-

Fluxograma sintoma: TRAUMA MAIOR

Discriminador(es): - ALTERAÇÃO SÚBITA DA CONSCIÊNCIA?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Alergia(s):

-

Sinais Vitais Lidos: - ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 3

Acolhido(a) por: MARCIA LIRA DE ARAUJO

Data: 24/09/2017 05:30





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO SIC	PRONTUÁRIO: 1605392	ATENDIMENTO: 00870077
DATA DE NASCIMENTO: 28/02/1988	FOI ATENDIDO EM: 24/09/2017 Às	
	DATA DA ALTA: 02/10/2017 ÀS 11:04	

Diagnóstico Provável:

TCE - HEDA À DIREITA

CID: S06.4

Tratamento Realizado:

PO DE DRENAGEM DE HEDA A DIREITA (24/09)

Observação:

AO AMBULATÓRIO DE NEUROCIRURGIA APÓS 30 DIAS DA ALTA HOSPITALAR
PROCURAR EMERGÊNCIA EM CASO DE SONOLÊNCIA, CEFALÉIA INTENSA OU VÔMITOS
AO AMBULATÓRIO DE OFTALMOLOGIA
RETIRAR OS PONTOS NO POSTO DE SAÚDE 7 DIAS APÓS A ALTA HOSPITALAR
CONVALESCER EM SUA RESIDÊNCIA POR 60 DIAS
TOMAR OS MEDICAMENTOS CONFORME A PRESCRIÇÃO

Encaminhado para:

ABRAÃO WAGNER PESSOA XIMENES - CRM: Nº 21845

Recife, 02, OUTUBRO, 2017

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas,
Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do
Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Av. Agamenon Magalhães, 5/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400





Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

تمت بحمد الله

46 45 36

EVOLUÇÃO CLÍNICA

2000-2001-2002 (2000-2002)

3. There are no consistent relationships in spatial pattern of
populations and the PCC. However, the fact that the

There is no disagreement on part of the committee

Plasma is the liquid component of blood.

Exponential growth

1900-1901

1750 500.00 800.00

2. Aug. 34.

22

#CTBMF Paciente víctima de accidente

24.09-17 аннотирование $\alpha\alpha' = 0,4$ пенос

09:40 visit. exnosciente, desorientado

subreais, normais, positivos

even even more EG required

As exome plots BME apresenta

tema 2. quimica orgánica en

como ⑤, imprescindible de anular acurdate

e. not nucleotide called no momento OPN

maxilares superiores e inferiores, paciente com

educational as extreme physics, religion

ten am 1. 1. 1911

CD: exercício TC de preço + 3D

Gráfico: Hacia el arte de la Noche

CCD. 0123



C40MF
24-09-17
10:30

Em tempo, realizei su
tura
cd: ag to de pcc
acompanhado BTR



20/10/18

NOTE

... que a saúde
intercorreram
e devido a possibilidade
de evolução

... a saúde da paciente
... a saúde da paciente

Dr. Domingos Gomes
Neurocirurgião
CRM-SP 24199



24/09/17 SUPRINTENDENTE

Paciente pós de drenagem AOB em EGR,
consciente, amido, cirúrgico, acintoso
afável, hemocardiado, com equívoco olho (D)
FC 82 bpm, FR 15 rpm, dreno cefálico portar
segue em elset

Dianny Lúcia Soares
Enfermeira
Neurocirurgia HR
199775-Mat. 307538

25/09/17

9:45 - 1.º DPO de drenagem - a drenagem
circulando - hemodinâmica

em um dos AOB = 4 Dren = 4

10:30 = 1.º

EGR drenagem normal, amido + pouco

Observatório e agitação em agitação de enfermagem
e na hora de internar. Tensão arterial baixa, hipotensão 9/14

Emprego em anotação

AOB = 2.º e 3.º DPO de drenagem FC = 112 bpm PA = 12 x 8

em 1.º DPO de drenagem FC = 112 bpm PA = 12 x 8

em 2.º DPO

em 3.º DPO de drenagem FC = 112 bpm PA = 12 x 8

em 4.º DPO de drenagem FC = 112 bpm PA = 12 x 8

em 5.º DPO de drenagem FC = 112 bpm PA = 12 x 8

em 6.º DPO de drenagem FC = 112 bpm PA = 12 x 8

em 7.º DPO de drenagem FC = 112 bpm PA = 12 x 8

Dra. Soraya Ferra
Médica
CRM 25.730

25/09/17

Evolução com EGR, consciente, deitado,
agitado, com acesso venoso por subcláveo E,
aparecimento enfiado em hemifacial E. 1.º DPO
de drenagem de hematoma extra-cranial.
PA: 12 x 8 FC 112 bpm E/S 8/6



EVOLUÇÃO

CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO FACIAL.

SILVIO MANOEL GOMES

869586

502/08

DATA: 27/09/17

10H55MIN

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO

NO MOMENTO ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNÉICO, NORMOCORADO, EGREGULAR.

AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA E EQUIMOSE PERIORBITARIA BILATERAL, IMPOSSIBILIDADE DE AVALIAR ACUIDADE E MOTRICIDADE OCULAR NO MOMENTO, OPN E MANDIBULA FIRMES A PALPAÇÃO, DISCRETA MOBILIDADE EM MAXILA, OCLUSÃO ESTÁVEL, SEM QUEIXA RESPIRATÓRIA, ESCORIAÇÕES EM FACE, FERIMENTO EM REGIÃO FRONTAL JÁ SUTURADO SEM DÉBITO OU DEISCÊNCIA.

TC DE FACE SUGERE FRATURA DE MAXILA (D)

CD:

ALTA BMF

ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

ORIENTO DIETA LIQUIDA-PASTOSA

4





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO SIC

PRONTUÁRIO: 1605392

SEXO: Masculino

DATA NASC: 28/02/1988

DATA/HORA: 29/09/2017 12:09

ATENDIMENTO: B70077

Leito 502-L8

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 29/09/2017

Hora: 20:15

NOTA DE ADMISSÃO 502.8

ENFERMARIA 502.8

#ANAMNESE:

CA: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (CAPOTAMENTO), ADMITIDO NO SERVIÇO COM NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
TUAANTE, DESORIENTADO, COM EDEMA FACIAL À DIREITA, APRESENTANDO HEDA IPSILATERAL E FX SOBREJACENTE A LESÃO,
SUBMETIDO A DRENAGEM E CRANIOPLASTIA.
COMORBIDADES: NEGA
- MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NEGA
- ALERGIAS: NEGA

#HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

1. - PO DE DRENAGEM DE HEDA A DIREITA + CRANIOPLASTIA (24/09)
+ FERIDA OPERATÓRIA: APRESENTA CONTEÚDO SANGUINOLENTO SEM VAZAO ATIVA.

#MEDS:

- ANTIBIOTERAPIA:
+ CEFTRIAXONA DQ/14 = 25/09
+ OXACILINA DQ/14 = 25/09

#EXAME FÍSICO:

REGULAR ESTADO GERAL, SONOLENTO NO MOMENTO, ACOMPANHANTE REFERE PERÍODOS DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA
APRESENTA EDEMA PALPEBRAL, FACIAL E CERVICAL A DIREITA, (NÃO PULSÁTIL). SECREÇÃO EM OLHO DIREITO.
EUPNEICO SOB AA, EUCORADO, HIDRATADO, HIPERTÉRMICO AO TOQUE.
DÉBITO 24H: DÉBITO HEMÁTICO

- EN:

GLASGOW =13; OBEDECE A COMANDOS SIMPLES, MAS POUCO COOPERATIVO AO EXAME, ABERTURA OCULAR PRESENTE EM OE
SINAIS DE ASSIMETRIA FACIAL.
MOTRICIDADE PRESERVADA GV NOS 4MM
SENSÓRIO PRESERVADOS
S/SINAIS DE LIBERAÇÃO PIRAMIDAL.
ACOMPANHANTE RELATA DIURESE PRESENTE, NEGANDO EVACUAÇÕES DESDE INTERVENÇÃO.

#CONDUTAS:

- AG ROTINA DE ADMISSÃO
- MANTER ATB
- VIGILANCIA NEUROLÓGICA
- FST RESPIRATÓRIA
- AVAL. OFTALMO

Dr. Telles Gomes
Neurocirurgia
29/09/2017 20:15





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO SIC

PRONTUÁRIO: 1605392

SEXO: Masculino

DATA NASC: 28/02/1988

DATA/HORA: 30/09/2017 07:44

ATENDIMENTO: 870077

Leito: 502-LB

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 30/09/2017

Hora: 20:15

EVOLUÇÃO

ENFERMARIA 502.8

#ANAMNESE:

- H.C.: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (CAPOTAMENTO), ADMITIDO NO SERVIÇO COM NÍVEL DE CONSCIÊNCIA FLACUO, ANTE, DESORIENTADO, COM EDEMA FACIAL À DIREITA. APRESENTANDO HEDA IPSILATERAL E FX SOBREJACENTE A LESÃO, SUBMETIDO A DRENAGEM E CRANIOPLASTIA.

- COMORBIDADES: NEGA

- MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NEGA

- ALERGIAS: NEGA

#HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

1. - PO DE DRENAGEM DE HEDA A DIREITA + CRANIOPLASTIA (24/09)

+ FERIDA OPERATÓRIA: APRESENTA CONTEÚDO SANGUINOLENTO SEM VAZÃO ATIVA.

#MEDS:

- ANTIBIOTERAPIA:

+ CEFTRIAXONA D0/14 = 25/09

+ OXACILINA D0/14 = 25/09

#EXAME FÍSICO:

REGULAR ESTADO GERAL, SONOLENTO NO MOMENTO, ACOMPANHANTE REFERE PERÍODOS DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA.

APRESENTA EDEMA PALPEBRAL, FACIAL E CERVICAL A DIREITA, (NÃO PULSÁTIL). SECREÇÃO EM OLHO DIREITO.

EUPNEICO SOB AA, EUCORADO, HIDRATADO, HIPERTÉRMICO AO TOQUE.

DÉBITO 24H: DÉBITO HEMÁTICO

- EN:

+ - GOW = 13; OBEDECE A COMANDOS SIMPLES, MAS POUCO COOPERATIVO AO EXAME, ABERTURA OCULAR PRESENTE EM DE,

SINAIS DE ASSIMETRIA FACIAL.

MOBILIDADE PRESERVADA GV NOS 4MM

REFLEXOS PRESERVADOS

SINAIS DE LIBERAÇÃO PIRAMIDAL.

ACOMPANHANTE RELATA DIURÊSE PRESENTE, NEGANDO EVACUAÇÕES DESDE INTERVENÇÃO.

EVOLUÇÃO

CONSCIENTE, ORIENTADO, SONOLENTO DURANTE EXAME, POUCO COOPERATIVO, OBEDECE A COMANDOS, SEM INTERCORRÊNCIAS RELATADAS, DESCREVE UM EPISÓDIO EMÉTICO.

APRESENTA EDEMA EM REGRESSÃO DE HEMIFACE DIREITA, FO LIMP E SECA.

- EUPNEICO, HIDRATADO, AFEBRIL AO TOQUE

#CONDUTAS:

- AG ROTINA DE ADMISSÃO
- MANTER ATB
- VIGILÂNCIA NEUROLÓGICA
- FST RESPIRATÓRIA

Kaue F. Franke
Neurologista
CRM - PE 25317
CRM - PE 25317





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



OME: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO SIC

CONUTÁRIO: 1605392

SEXO: Masculino

DATA NASC: 28/02/1988

DATA/HORA: 01/10/2017 09:04

ATENDIMENTO: 870077

Leito 502-L8

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 30/09/2017

Hora: 20:15

EVOLUÇÃO

ENFERMARIA 502 8

#ANAMNESE:

- HISTÓRIA: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (CAPOTAMENTO), ADMITIDO NO SERVIÇO COM NÍVEL DE CONSCIÊNCIA FLUTUANTE, DESORIENTADO, COM EDEMA FACIAL À DIREITA. APRESENTANDO HEDA IPSILATERAL E FX SOBREJACENTE A LESÃO, SUBMETIDO A DRENAGEM E CRANIOPLASTIA.

MORBIDADES: NEGA

INDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NEGA

ALERGIAS: NEGA

#HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

1. - PO DE DRENAGEM DE HEDA A DIREITA + CRANIOPLASTIA (24/09)

+ FERIDA OPERATÓRIA: APRESENTA CONTEÚDO SANGUINOLENTO SEM VAZAO ATIVA.

#MEDS:

- ANTIBIOTERAPIA:

+ CEFTRIAXONA DQ/14 = 25/09

+ OXACILINA DQ/14 = 25/09

#EXAME FÍSICO:

REGULAR ESTADO GERAL, SONOLENTO NO MOMENTO, ACOMPANHANTE REFERE PERÍODOS DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA.

APRESENTA EDEMA PALPEBRAL, FACIAL E CERVICAL A DIREITA, (NÃO PULSÁTIL). SECREÇÃO EM OLHO DIREITO.

EUPNEICO SOB AA, EUCORADO, HIDRATADO, HIPERTÉRMICO AO TOQUE.

DÉBITO 24H: DÉBITO HEMÁTICO

- ENF: - GOW = 13; OBEDECE A COMANDOS SIMPLES, MAS POUCO COOPERATIVO AO EXAME, ABERTURA OCULAR PRESENTE EM OE,

SINAIS DE ASSIMETRIA FACIAL

MOTRICIDADE PRESERVADA GV NOS 4MM

SÓRIO PRESERVADOS

SINAIS DE LIBERAÇÃO PIRAMIDAL

ACOMPANHANTE RELATA DIURESE PRESENTE, CONSTIPAÇÃO HÁ 2 DIAS.

EVOLUÇÃO

CONSCIENTE, ORIENTADO, SONOLENTO DURANTE EXAME, POUCO COOPERATIVO, OBEDECE A COMANDOS, SEM INTERCORRENCIAS RELATADAS.

APRESENTA EDEMA EM REGRESSÃO DE HEMIFACE DIREITA, FO LIMP E SECA.

- EUPNEICO, HIDRATADO, AFEBRIL AO TOQUE

#CONDUTAS:

- MANTER ATB
- VIGILANCIA NEUROLÓGICA
- FST RESPIRATÓRIA

Kaue Franke
Neurocirurgia
CRM - PE 25349
CRM - PB 10362





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO SIC

PRONTUÁRIO: 1605392

SEXO: Masculino

DATA NASC: 28/02/1988

DATA/HORA: 02/10/2017 11:04

ATENDIMENTO: 870077

Leito 502-LB

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 02/10/2017

Hora: 20:15

EVOLUÇÃO

ENFERMARIA 502.8

ANAMNESE:

- PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (CAPOTAMENTO), ADMITIDO NO SERVIÇO COM NÍVEL DE CONSCIÊNCIA FLACUO, ANTE, DESORIENTADO, COM EDEMA FACIAL À DIREITA APRESENTANDO HEDA IPSILATERAL E FX SOBREJACENTE A LESÃO, SUBMETIDO A DRENAGEM E CRANIOTOMIA.
COMORBIDADES: NEGA
MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NEGA
ALERGIAS: NEGA

HISTÓRIE DIAGNÓSTICA:

1. - PO DE DRENAGEM DE HEDA A DIREITA (24/09)
FERIDA OPERATÓRIA SEM SECREÇÃO

#MEDS:

- ANTI-BIOTERAPIA:
+ CEFTRIAXONA D0/14 = 25/09
+ OXACILINA D0/14 = 25/09

#EXAME FÍSICO:

REGULAR ESTADO GERAL, SONOLENTO NO MOMENTO, ACOMPANHANTE REFERE PERÍODOS DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA. APRESENTA EDEMA PALPEBRAL, FACIAL E CERVICAL A DIREITA, (NÃO PULSÁTIL). SECREÇÃO EM OLHO DIREITO. EUPNEICO SOB AA, EUCORADO, HIDRATADO, HIPERTÉRMICO AO TOQUE.

- EN:

++ GLASGOW = 13; OBEDECE A COMANDOS SIMPLES, MAS POUCO COOPERATIVO AO EXAME, ABERTURA OCULAR PRESENTE EM OE, SEM SINAIS DE ASSIMETRIA FACIAL.
REFLEXOS PRESERVADOS GV NOS 4MM
REFLEXOS PRESERVADOS
SINAIS DE LIBERAÇÃO PIRAMIDAL.
ACOMPANHANTE RELATA DIURSESE PRESENTE, CONSTIPAÇÃO HÁ 2 DIAS.

EVOLUÇÃO

CONSCIENTE, ORIENTADO, SONOLENTO DURANTE EXAME, POUCO COOPERATIVO, OBEDECE A COMANDOS, SEM INTERCORRÊNCIAS CLATADAS.

APRESENTA EDEMA EM REGRESSÃO DE HEMIFACE DIREITA, FO LIMPA E SECA.
EUPNEICO, HIDRATADO, AFEBRIL AO TOQUE

#CONDUTAS:

- TÉRMINO ATB
- VIGILÂNCIA NEUROLÓGICA
- POSSUI TC DE CRÂNIO CONTROLE SEM NOVAS LESÕES CIRÚRGICAS
- RETIRAR ACESSO VENOSO CENTRAL
- ALTA + ORIENTAÇÕES + ENCAMINHO A AMBULATÓRIOS ESPECIALIZADOS





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO		
Paciente : <i>Silve Amarel Gomes Almeida</i>	Nº do Registro : <i>1605392</i>	
Clinica : <i>202</i>	Nº do Leito :	
Operador : <i>Dr. Rafael</i>		
1º Assistente : <i>Dr. Raul</i>	2º Assistente :	
Instrumentador :	Anestesista : <i>Dr. Louze</i>	
Anestesia :	Duração :	
Data da Operação : <i>24/02</i>	Início :	Fim :
Diagnóstico Pré-Operatório : <i>HSDA</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório : <i>D</i>		
Operação Proposta : <i>Demora HSDA + cranioplastia</i>		
Operação Realizada : <i>"</i>		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

Realizada craniotomia de urgência e remoção de fragmentos de osso e coleção de líquido cefalorraquidiano no plano da base de fratura e hemorragia intracraniana focal. Realizada a cranioplastia com demora de hemostase extra-cranial + hemostase e cranioplastia de fragmento ósseo + fechamento do plano, e colocação de drenos e hemostase com curativo local.

COD 0342



FICHA DE ANESTESIA Data: 24/09/17

HOSPITAL D. P. AURAÇÃO **PERNAMBUCO**

Paciente: **SILVIO MANOEL LOMES DO NASCIMENTO** Sexo: **M** Cor: **Pau** Idade: **29** Risco: **I**

CRM: **LOUISE B. LORENA** Nome do Anestesiologista: **RAFAEL C. CAVE** Nome do Cirurgião: **RAFAEL C. CAVE**

Medicação Pré-anestésica: **REG: 809586/1605392** Urgência: ☐ Não ☒ Sim

Cirurgia: **Drenagem lumbotomica extracutanea e Cranioplastia**

Horário	Procedimentos	Medicamentos Usados	Quantidade
08:00	Indução	1. Pentamida	35mg
08:05	Intubação	2. Lidocaína 5%	10mg
08:10	Propofol	3. Propofol	150mg
08:15	Curarização	4. Succinilcolina 80mg	80mg
08:20	Relaxante	5. Rocuronio 50+20mg	70mg
08:25	Curarização	6. Succinilcolina 80mg	80mg
08:30	Relaxante	7. Rocuronio 50+20mg	70mg
08:35	Curarização	8. Succinilcolina 80mg	80mg
08:40	Relaxante	9. Rocuronio 50+20mg	70mg
08:45	Curarização	10. Succinilcolina 80mg	80mg
08:50	Relaxante	11. Rocuronio 50+20mg	70mg
08:55	Curarização	12. Succinilcolina 80mg	80mg
09:00	Relaxante	13. Rocuronio 50+20mg	70mg
09:05	Curarização	14. Succinilcolina 80mg	80mg
09:10	Relaxante	15. Rocuronio 50+20mg	70mg
09:15	Curarização	16. Succinilcolina 80mg	80mg
09:20	Relaxante	17. Rocuronio 50+20mg	70mg
09:25	Curarização	18. Succinilcolina 80mg	80mg
09:30	Relaxante	19. Rocuronio 50+20mg	70mg
09:35	Curarização	20. Succinilcolina 80mg	80mg
09:40	Relaxante	21. Rocuronio 50+20mg	70mg
09:45	Curarização	22. Succinilcolina 80mg	80mg
09:50	Relaxante	23. Rocuronio 50+20mg	70mg
09:55	Curarização	24. Succinilcolina 80mg	80mg
10:00	Relaxante	25. Rocuronio 50+20mg	70mg
10:05	Curarização	26. Succinilcolina 80mg	80mg
10:10	Relaxante	27. Rocuronio 50+20mg	70mg
10:15	Curarização	28. Succinilcolina 80mg	80mg
10:20	Relaxante	29. Rocuronio 50+20mg	70mg
10:25	Curarização	30. Succinilcolina 80mg	80mg
10:30	Relaxante	31. Rocuronio 50+20mg	70mg
10:35	Curarização	32. Succinilcolina 80mg	80mg
10:40	Relaxante	33. Rocuronio 50+20mg	70mg
10:45	Curarização	34. Succinilcolina 80mg	80mg
10:50	Relaxante	35. Rocuronio 50+20mg	70mg
10:55	Curarização	36. Succinilcolina 80mg	80mg
11:00	Relaxante	37. Rocuronio 50+20mg	70mg
11:05	Curarização	38. Succinilcolina 80mg	80mg
11:10	Relaxante	39. Rocuronio 50+20mg	70mg
11:15	Curarização	40. Succinilcolina 80mg	80mg
11:20	Relaxante	41. Rocuronio 50+20mg	70mg
11:25	Curarização	42. Succinilcolina 80mg	80mg
11:30	Relaxante	43. Rocuronio 50+20mg	70mg
11:35	Curarização	44. Succinilcolina 80mg	80mg
11:40	Relaxante	45. Rocuronio 50+20mg	70mg
11:45	Curarização	46. Succinilcolina 80mg	80mg
11:50	Relaxante	47. Rocuronio 50+20mg	70mg
11:55	Curarização	48. Succinilcolina 80mg	80mg
12:00	Relaxante	49. Rocuronio 50+20mg	70mg
12:05	Curarização	50. Succinilcolina 80mg	80mg
12:10	Relaxante	51. Rocuronio 50+20mg	70mg
12:15	Curarização	52. Succinilcolina 80mg	80mg
12:20	Relaxante	53. Rocuronio 50+20mg	70mg
12:25	Curarização	54. Succinilcolina 80mg	80mg
12:30	Relaxante	55. Rocuronio 50+20mg	70mg
12:35	Curarização	56. Succinilcolina 80mg	80mg
12:40	Relaxante	57. Rocuronio 50+20mg	70mg
12:45	Curarização	58. Succinilcolina 80mg	80mg
12:50	Relaxante	59. Rocuronio 50+20mg	70mg
12:55	Curarização	60. Succinilcolina 80mg	80mg
13:00	Relaxante	61. Rocuronio 50+20mg	70mg
13:05	Curarização	62. Succinilcolina 80mg	80mg
13:10	Relaxante	63. Rocuronio 50+20mg	70mg
13:15	Curarização	64. Succinilcolina 80mg	80mg
13:20	Relaxante	65. Rocuronio 50+20mg	70mg
13:25	Curarização	66. Succinilcolina 80mg	80mg
13:30	Relaxante	67. Rocuronio 50+20mg	70mg
13:35	Curarização	68. Succinilcolina 80mg	80mg
13:40	Relaxante	69. Rocuronio 50+20mg	70mg
13:45	Curarização	70. Succinilcolina 80mg	80mg
13:50	Relaxante	71. Rocuronio 50+20mg	70mg
13:55	Curarização	72. Succinilcolina 80mg	80mg
14:00	Relaxante	73. Rocuronio 50+20mg	70mg
14:05	Curarização	74. Succinilcolina 80mg	80mg
14:10	Relaxante	75. Rocuronio 50+20mg	70mg
14:15	Curarização	76. Succinilcolina 80mg	80mg
14:20	Relaxante	77. Rocuronio 50+20mg	70mg
14:25	Curarização	78. Succinilcolina 80mg	80mg
14:30	Relaxante	79. Rocuronio 50+20mg	70mg
14:35	Curarização	80. Succinilcolina 80mg	80mg
14:40	Relaxante	81. Rocuronio 50+20mg	70mg
14:45	Curarização	82. Succinilcolina 80mg	80mg
14:50	Relaxante	83. Rocuronio 50+20mg	70mg
14:55	Curarização	84. Succinilcolina 80mg	80mg
15:00	Relaxante	85. Rocuronio 50+20mg	70mg
15:05	Curarização	86. Succinilcolina 80mg	80mg
15:10	Relaxante	87. Rocuronio 50+20mg	70mg
15:15	Curarização	88. Succinilcolina 80mg	80mg
15:20	Relaxante	89. Rocuronio 50+20mg	70mg
15:25	Curarização	90. Succinilcolina 80mg	80mg
15:30	Relaxante	91. Rocuronio 50+20mg	70mg
15:35	Curarização	92. Succinilcolina 80mg	80mg
15:40	Relaxante	93. Rocuronio 50+20mg	70mg
15:45	Curarização	94. Succinilcolina 80mg	80mg
15:50	Relaxante	95. Rocuronio 50+20mg	70mg
15:55	Curarização	96. Succinilcolina 80mg	80mg
16:00	Relaxante	97. Rocuronio 50+20mg	70mg
16:05	Curarização	98. Succinilcolina 80mg	80mg
16:10	Relaxante	99. Rocuronio 50+20mg	70mg
16:15	Curarização	100. Succinilcolina 80mg	80mg

Parâmetros: PH=7.34, PCO₂=36.3, PO₂=26.1, HCO₃=25.4, BE=-1.4, Lact=4.0, Ht=38%, Hb=17.8, Hs=18.8, K=5.22, CR=1.28

Técnica Anestésica: **Anestesia Geral**
Balancete de:
Pré-anestesia não
intubação fácil →
Indução venosa →
LD 1/10T 400 8.5 4.0
Instalação ATVM 100
VOU K=500 R=1076
POPP=06 R=40
APM intermitentes

Monitorização	Encaixilhado
☒ Cardíaco	☐ Axiado
☒ Oxímeter	☐ Sonjento
☒ PNI	☒ Intubado
☐ Sonda Vesical	☐ Destino
☒ Capnógrafo	☐ SRPA
☐ Elet. Pré-Cardial	☐ Aert. Ev
☐ Outros	☒ UTH
	☐ Externo

AVC VSCC

Assinatura do Anestesiologista: **Dr. Louise Brito**
CRM 19996

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/01/2020 15:20:24



REGISTRO DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO HR

PACIENTE: Silvia Maria Gomes REGISTRO: 1605392
 IDADE: 99 SEXO: M F SETOR DE PROCEDENCIA: Emergência

1-EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGIÃO: Dr. Rafael ANESTESISTA: Dr. Henrique
 1ª AUXILIAR: Dr. Karine 2ª AUXILIAR: — INSTRUMENTADOR: —
 ENFERMEIRA: Juliana CIRCULANTE: Rita Brito

2-DADOS DA CIRURGIA:

CIRURGIA: Drainagem de HEDA INICIO: 14:25 TÉRMINO: 16:15
 TIPO DE ANESTESIA: geral INICIO: 13:30 TÉRMINO: 16:30

3-DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

ESTADO GERAL: BOM () REGULAR (x) GRAVE () NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE (x) ORIENTADO () SONOLENTO () SEDADO () INCONSCIENTE ()
 RESPIRAÇÃO: ESPONTÂNEA (x) ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADO () CIRCULAÇÃO: FREQUÊNCIA CARDÍACA: — PULSO: — PA: —
 PELE: ÍNTEGRA () LESIONADA (x) DIURESE: ESPONTÂNEA (x) SONDA () DISPOSITIVO URINÁRIO () ALERGIA: — PERTENCES: —
 PREPARO PARA CIRURGIA: BANHO PRÉ-OP (x) TRICOTOMIA (x) MARCAÇÃO DO SITO CIRÚRGICO: SIM (x) NÃO () PROTESE DENTÁRIA: SIM () NÃO (x)

4-TRANS-OPERATÓRIO

POSICÃO: FOWLER () LATERAL () DORSAL (x) VENTRAL () GINECOLÓGICA () PROTEÇÃO OCULAR: SIM (x) NÃO () LOCAL DE PLACA CIRÚRGICA: Dorso
 CONTAGEM DE COMPRESSAS INÍCIO: — FINAL: 11 CONTROLE DE PERFUROS: FIO AGULHADO: INÍCIO: — FIM: 11
 ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO: SIM () NÃO (x) QUAL: — HORA: — PREENCHEU COTA: SIM () NÃO (x)
 GARROTEAMENTO: SIM () NÃO (x) TEMPO DE GARROTE: INÍCIO: — FINAL: —
 CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS: — CONFERIDO POR: — HORA: —

5-EQUIPAMENTOS/MATERIAIS

MONITOR (x) OXÍMETRO (x) CAPNÓGRAFO (x) PNI (x) ASPIRADOR MONTADO (x) MANTA TÉRMICA () AP.VÍDEO () TORPEDO DE NITROGÊNIO (x) TORPEDO DE CO₂ () BISTURI ELÉTRICO (x) MICROSCÓPIO () CAVITRON () INTENSIFICADOR () BOMBA DE INFUSÃO () DIPRIFUSOR () ESTIMULADOR DE NERVOS () DERMATOMO () BISTURI ULTRASSÔNICO ()
 INSTRUMENTAIS CONSIGNADOS SIM () NÃO (x)

6-PEÇA CIRÚRGICA/EXAMES

ANATOMO PATOLÓGICO: SIM () NÃO (x) NOME DA PEÇA: — MATERIAL: —
 SOLUÇÃO: — IDENTIFICADO POR: —
 CULTURA: SIM () NÃO (x) EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO (x) GASOMETRIA: SIM () NÃO (x) RX: SIM () NÃO (x)



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

RELAÇÃO DE MATERIAIS US

PACIENTE Sélio Manoel Gomes da Nascimento REGISTRO 155222

CIRURGIA		data		CIRCULANTE	
QUANT.	MATERIAL	QUANT.	MATERIAL	QUANT.	MEDICAÇÃO
☒	Agulha 25x07		Fio protene s/a	1	Adrenalina
	Agulha 40x12		Fio de seda		Água destilada 10ml
	Agulha 13x4		Fio simples		Alcurônio
	Agulha de bloqueio ()		Fio simples		Alfentanila (rapifen)
☒	Atad. Crepe 10 cm		Fita cardíaca	1	Antibiótico <u>Kefazol</u>
	Atad. Gessada	☒	Gase		Antibiótico
	Capa microscópio	☒	Hemostático <u>Surgitel</u>	☒	Atropina
	Capa de vídeo	☒	Lâmina bisturi nº (15) <u>60</u>		Bicarbonato de sódio
	Cat. Subclávia		Luva cirúrgica nº 7.0		Cedilanide
☒	Cat. venopunção nº 14	☒	Luva cirúrgica nº 7.5		Cetoprofeno
	Cat. de oxigênio	☒	Luva cirúrgica nº 8.0		Decadron
	Cera óssea	☒	Luva de procedimento		Dexametasona
	C. de urina fechado (x) aberto ()	☒	Seringa insulina () 5cc (x)		Diazepam
☒	Compressa cirúrgica	☒	Seringa 10cc (x) 20cc (x)	☒	Dipirona
	Conexão 2 vias		Sistema de drenagem (x) ()		Dopamina
☒	Eletrodo		Sonda endotraqueal () 8.5	1	Dormonid
	Eq. De bomba		Sonda de foley nº () 16		Enflurano
	Eq. De soro		Sonda nasogástrica nº ()	1	Etilefrina (efortil)
☒	Fio cromado		Sonda uretral nº () 14		Fenitoína (hidantal)
	Fio de algodão c/a 0		Torneira de 3 vias		Fentanil
	Fio de algodão c/a		Vidro de aspiração		Furosemida (lasix)
	Fio de aço		<u>latex 2.3 mts</u>		Gelafundin
	Fio de algodão c/a		<u>2ml cloroxidina 2</u>		Glicose 10ml
	Fio de algodão s/a		<u>escova</u>		Gluconato de sódio
	Fio de algodão s/a		<u>casaca de papel</u>		Heparina
	Fio de nylon 3-0		<u>algodão de algodão</u>		hidrocortisona
☒	Fio de nylon 2-0		<u>liga de neuro</u>		Hymnomidate
	Fio protene c/a 4-0				isoflurano
	Fio protene c/a 3-0				Lanexat (Numazmil)
	Fio protene s/a				Manitol
					Meperidina (Dolantina)



FICHA DE ANESTESIA

Data: 4/04/17

Paciente: SILVIO MANOEL GOMES

CRM: 808 Nome do Anestesiologista: Dr. Fco LAMUN Nome do Cirurgião: Dr. RALYVA

Medicação Pré-anestésica: _____ Urgência: Não ☒ Sim

Cirurgia: TOMOG DE CRÂNIO; FACE E CERVICA

Horário	Drugs Leadas	Quantidade
11:20:11:25	<u>PROVEFA</u>	<u>30</u>
N ₂ O		
Líquidos		
Temperatura		
Pressão		
Frequência		
Saturação		
Respiração		
Temperatura Anestésica		

Monitorização ☐ Oximetria ☒ Oxímetro ☐ PNI ☐ Sonda Vesical ☐ Capnógrafo ☐ Esat. Pré-Corda ☐ Oitos	☐ BIS ☐ Temperatura ☐ Swan-Ganz ☐ Analisador Gases ☐ PVC ☐ Estimulador de Nervos ☐ Linha Arterial ☐ Vias de LBP Plus	Equipamento ☐ Ventilador ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda Destino ☐ SRPA ☐ Apoi. Em. ☐ U. ☐ Ex-emp.	Interação: ☒ Não ☐ Sim Descrição: Observações:
---	---	---	---

Assinatura do Anestesiologista: [Assinatura]

COD. 0152



PLANILHA DE CONTROLE HÍDRICO E SÓDICO

NOME: Silvia

REGISTRO:

LEITO: 14

DATA: 24/03/17

H O R A	SINAIS VITAIS :							GANHOS :				PERDAS :				
	T	P	R	PA	SAT. Q	PVC	HGT	SOROS	HEMO- DERI- VADOS			SECRE- ÇÃO GASTRI- CA	DIURE- SE	EVACU- AÇÃO	COLOS- TOMIA	DRENOS
07																
08																
09																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17		48														
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
01																
02																
03																
04																
05																
06																
TOTAL																

Prescrição de Enfermagem: _____

Cod 0225



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Hospital da Restauração

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM E CONTROLE DE APLICAÇÃO

Paciente: _____

Enf / Leito: _____

Registro: _____

DIA: 24/09/19 DIA: _____ DIA: _____ DIA: _____ DIA: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
() Afecção de sinais vitais (3 vezes ao dia)	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22
() Higiene Corporal (1 vez ao dia e se necessário)	09	09	09	09	09
() Higiene Oral (após cada refeição e se necessário)	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20
() Mudança de decúbito (3 em 3 horas)	08 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 21 - 24 - 03 -
() Aspiração (3 em 3 horas e se necessário)	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 21 - 24 - 03 -
() Cateterismo Intermitente (6 em 6 horas e se necessário)	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24

ASSINATURA DA ENFERMEIRA

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO
Frequência Cardíaca	10 16 22					
Frequência Respiratória	10 16 22					
temperatura	10 16 22					
Pressão Arterial	10 16 22					

ASSINATURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

João Paulo Santiago de Sá
Enfermeiro

Co 17



FICHA DE CONTROLE HÍDRICO E S

NOME: *Silvia Maria*

REGISTRO:

LEITO: *14*DATA: *25.05.17*

H O R A	SINAIS VITAIS:							GANHOS:				PERDAS:				
	T	P	R	PA	SAT. Q	PVC	HGT	SOROS	HEMO- DERI- VADOS			SECRE- ÇÃO GASTRI- CA	DIURE- SE	EVACU- AÇÃO	COLOS- TOMIA	DRENOS
07																
08		GS	74	128	90%											
09				76												
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
01																
02																
03																
04																
05																
06																
TOTAL																
Prescrição de Enfermagem:																

Cod. 0226



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Hospital da Restauração

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM E CONTROLO DE APLICAÇÃO

Paciente: Silvia Manoel GomesEnf / Leito: 502-8

Registro: _____

DIA: 28/01/17 DIA: 29/01/17 DIA: 30/01/17 DIA: 31/01/17 DIA: 01/02/17

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
() Atuação de sinais vitais (3 vezes ao dia)	12-18-22	12-18-22	12-18-22	12-18-22	12-18-22
() Higiene Corporal (1 vez ao dia e se necessário)	09	09	09	09	09
() Higiene Oral (após cada refeição e se necessário)	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20
() Mudança de decúbito (3 em 3 horas)	09-12-15-18 21-24-03-06	09-12-15-18 21-24-03-06	09-12-15-18 21-24-03-06	09-12-15-18 21-24-03-06	09-12-15-18 21-24-03-06
() Aspiração (1 em 3 horas e se necessário)	09-12-15-18 21-24-03-06	09-12-15-18 21-24-03-06	09-12-15-18 21-24-03-06	09-12-15-18 21-24-03-06	09-12-15-18 21-24-03-06
() Cateterismo Intermitente (1 a 6 em 6 horas e se necessário)	12-18-24-06	12-18-24-06	12-18-24-06	12-18-24-06	12-18-24-06

SINAIS VITAIS

Frequência Cardíaca

Frequência Respiratória

Temperatura

Pressão Arterial

HORÁRIO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO
12					
15					
18					
21					
03					
06					
09					
12					
15					
18					
21					
03					
06					

ASSINATURA DO AUXILIAR / DE ENFERMAGEM

Assinatura

Assinatura



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Hospital da Restauração

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM E CONTROLE DE APLICAÇÃO

Paciente: Silva, Manoel
Enf / Leito: 002-9 Registro: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	DIA: 11/10/17	DIA: _____	DIA: _____	DIA: _____	DIA: _____
() Afecção de sinais vitais (3 vezes ao dia)	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22
() Higiene Corporal (1 vez ao dia e se necessário)	09	09	09	09	09
() Higiene Oral (após cada refeição e se necessário)	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20
() Mudança de decúbito (3 em 3 horas)	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06
() Aspiração (3 em 3 horas e se necessário)	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06
() Cateterismo Intermitente (6 em 6 horas e se necessário)	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06

ASSINATURA DA ENFERMEIRA _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO
Frequência Cardíaca	10					
	16					
	22					
Frequência Respiratória	10					
	16					
	22					
Temperatura	10	36,1				
	16					
	22					
Pressão Arterial	10	120 x 70				
	16					
	22					

ASSINATURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM _____

Ord 0172





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME DO PACIENTE

Salvador Soares Gomes

ENFERMEIRO

502-8

REGISTRO

PRESCRIÇÕES, CUIDADOS MÉDICOS E CONTROLE DE APLICAÇÃO

DIA 24.01

DIA 25/01

DIA

DIA

DIA

MEDICAMENTO	DOSE	VIA	INTERV.	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
ADL. 7.5.1.1				00				
Amoxiclavina 1g/125mg				SIN				
Clonazepam 0.5mg				SIN				
Clonazepam 0.5mg				SIN				

CUIDADOS	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO
Observar e controlar vital				
Signo e sintomas				

ASSINATURA DO MÉDICO

Produzido na Gráfica Hospitalar Alto Nível

RECEBIDO EM 25/01/2020
Dra. Soraya Ferreira
Médica
RM 25.758

COD 0313





PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE

SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO

REGISTRO

1605392

ENF/LEITO

502-08

ALERGIA MEDICAMENTOSA:

MEDICAMENTOS	02/10/2017	03/10/2017	04/10/2017	05/10/2017	06/10/2017	07/10/2017	08/10/2017
1 DIETA VIA ORAL PASTOSA SOB SUPEVISÃO							
2 SFO,9% 500 ML IV EM 24 HORAS							
3 DAPIRONA 1G/2ML: 1 AMP + AD IV DE 6/6H, SE DOR E/OU FEBRE							
4 BROMOPRIDA 10MG: 1 AMP + AD EV 8/8H SE NÁUSEA/VÔMITO							
5 OMEPRAZOL 40 MG + DILUFNTE EV, EM JEIUM							
6 CAPTOPRIL 25MG: 1CP VO SE PAS ≥ 180 OU PAD ≥ 110 MMHG							
7 INSULINA REGULAR SC CONFORME HGT: 0-200: 0 201-301: 4U 301-400: 8U >400: 12U							
8 GLICOSE 50%: 04 AMP EV SE HGT < 70MG/DL							
9 TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML IV DE 8/8H, SE DOR INTENSA							
10 HIBOR 3500 SC DE 24/24 HORAS							
11 CEFTRIAXONA 1G + AD IV 12/12H, D=0/14 (25/09)							
12 OXACILINA 2G + 200ML SF IV 4/4H, D=0/14 (25/09)							
13 TOBREX COLÍRIO - 3GTS NOS OLHOS 3X/DIA APÓS HIGIENE							
14 HALDOL 01 FA IM SE NECESSÁRIO							
CUIDADOS							
1 CABECEIRA ELEVADA A 30°							
2 MEDIR DIURESE ☐ SVD ☐ PRESERVATIVO							
3 HGT SN							
4 CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS, DE 6/6 HORAS							
5 HIGIENE OCULAR C/ SORO FISIOLÓGICO							
6 FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA E MOTORA							
ASSINATURA DO MÉDICO							

Refinar a assinaatura central



2/8

27/09/2017

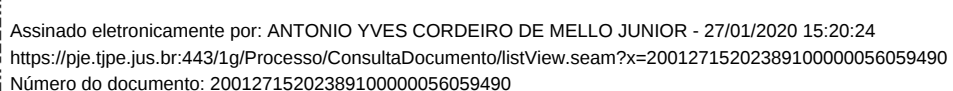
Nativity Dist.	
223	223
224	224
225	225
226	226
227	227

[illegible]

- [illegible]

Kaue Franke
Neurochirurgie
CRM - PE 25349
CRM - PB 10362

Abweichung ab 10% in der 1. und 2. Periode





HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO / SETOR NEUROCIRURGIA
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO:

NOME: Silveira Manoel

Data de Admissão:

Enfermaria: 502 Leito: 08

Idade:

REGISTRO:

Sexo: F() M(☒)

Data de admissão na NCR: 25/09/17

Procedência: SR

2. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

3. DIAGNÓSTICO INICIAL:

4. ANTECEDENTES PESSOAIS:

- () Cardiopatias () Doenças degenerativas () Tabagismo () Obesidade
() DM () Distúrbios Psiquiátricos () Exilismo () Alergias
() HAS () Tuberculose () Uso de drogas () Outros: fractura de braço

5. EXAME FÍSICO:

5.1 ESTADO GERAL:

- () Grave (☒) Hidratado (☒) Normócorado (☒) Acianótico (☒) Anictérico
() Comprometido () Desidratado () Hipocorado () Cianótico () Ictérico
(☒) Regular () Anasarca () Hipercoreado () Pálido
() Febril (☒) Afebril Temperatura: _____

Tegumento/Pele:

5.2 AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA:

Nível de Consciência:

- () Consciente () Orientado (☒) Desorientado () Sonolento () Torporoso

Pupilas:

- (☒) Fotorreagentes () OD () OE
(☒) Isocóricas () Anisocóricas

Drenos cefálicos: () DVE () DVP () HEMOVAC

OUTROS:

Aspecto:

Volume:

Escala de Coma de Glasgow, total de pontos (13)

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
☒ Espontânea (4pts)	☐ Orientado/Conversando (5pts)	☒ Obedece a comandos (6pts)
☐ Ao comando verbal (3pts)	☒ Desorientado/Conversando (4pts)	☒ Localiza dor (5pts)
☐ A dor (2pts)	☐ Palavras inapropriadas (3pts)	☐ Flexão sem localização (4pts)
☒ Sem resposta (1pt)	☐ Sons incompreensíveis (2pts)	☐ Flexão anormal/Decort. (3pts)
	☐ Sem resposta (1pt)	☐ Extensão anormal/Decort. (2pts)
		☐ Sem resposta (1pt)



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Enferm/leito: 50278

HD: ACE

Date 25/09/17

Monday, 11/21/2011

Fractura de base de
DOR: craniu

DURING 1975

PA: mmHg T: FR: rpm FC: bpm DDB:

NORTLAND:

PA: 110 mmHg T: 36.5 FR: 12 RPM FC: 60 bpm DOB: 11/11/1988

[illegible]

Escala de Coma de Glasgow		
Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
Então (4pts)	Orientado/Conversando (5pts)	Obedece a comandos (6pts)
Ao comando verbal (3pts)	Desorientado/Conversando (4pts)	Localiza dor (5pts)
A dor (2pts)	Palavras inapropriadas (3pts)	Flexão sem localização (4pts)
Sem resposta (1pt)	Sons incompreensíveis (2pts)	Flexão anormal/Desort. (3pts)
	Sem resposta (1pt)	Extensão anormal/Desort. (2pts)
		Sem resposta (1pt)
Total Dia: 2		Total noite:

Escala de Frankel para TRM	Classificação:
A - Ausência de função motora ou sensível abaixo da lesão	
B - Ausência de função motora, com algum grau de sensibilidade preservada abaixo da lesão	
C - Algum grau de função motora, mas sem utilidade prática	
D - Função motora útil abaixo da lesão	
E - Função sensitiva e motora normais, podendo ocorrer alterações de reflexo	

PLANTÃO DIURNO

Drenes: Catético	DVE	DVP	Torácico	Ostomia:	Aspecto:	Drenagem:
Respiração espontânea	Cateter O ₂	Venturi	%	AVM	Modo:	FiO ₂ : % PEEP:
Dieta: Zero	VO	SNG	SNE	Emese:	Episódios	Cavado Aberto Drenagem:
Diurese: Presente	Ausente					Volume:
Esponstânea	Dispositivo urinário	SVA	SVD	Aspecto:		
Acções: Presente	Ausente há dias			Diarréia (episódios)		
A- so-ndoso: Sem acesso	Periférico	Central:	GG	Troca em:	Aspecto:	
Inteira	Lesionada	Tipo de lesão:	F.O	Local:	ceratolítico	Aspecto:

PLANTAS NOTURNAS

Unidade:	Cefálico	DVE	DVP	Tórax	Ostomias	Aspecto:	Drenagem:		
Respiração:	espontânea	Caracter:	O ₂	Venturi	%	AVM	Modo:	FiO ₂ :	% PEEP:
Díscid:	Zero	SNG	SNE	Episódios:	(episódios)			Cavando	Aberto
Diurese:	Presente	Ausente						Volume:	
	Spontânea	Dispositivo	urinário	SVA	SVD	Aspecto:			
Eliminações:	Presente	Ausente	há	dias	Diarréia	(episódios)			
Acesso venoso:	Sem acesso	Periférico:			Central		Troca em:	Aspecto:	
Pele:	Íntegra	Lesionada	Tipo de lesão:		Local:		Aspecto:		

OBSERVAÇÕES:

EXAMPLES:

PARIS: FR.

Enfermeiro diurno: Ludmila Oliveira

Enfermeiro noturno

Parte sintática sem acentos, ditão, parado
S.O.G.

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM NOR
VANDERLÂNDIA TERESA- COREN 323665

* admissão Sh, agitado, desorientado, com curativo ocular
em f.º capalce, av. SCE, parte apresenta bexigaoma parado
A. - ~~parte está não aceita continuação retirando a, porém a~~



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO / SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: Silvia Manoel Enfermeiro: SOPRADO Data: 24/5/13

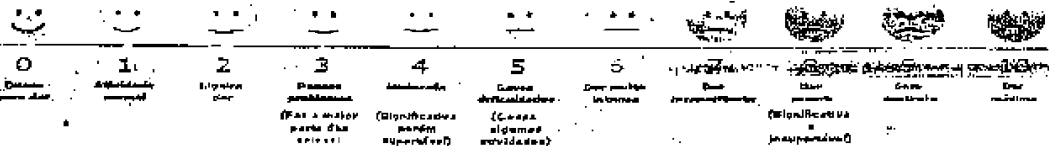
SINAIS VITAIS

DIURNO

PA: mmHg T: FR: rpm FC: bpm DOR:

NORTUNO

PA: mmHg T: FR: rpm FC: bpm DOR:



Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
☒ Espontânea (4pts) ☐ Ao comando verbal (3pts) ☐ A dor (2pts) ☐ Sem resposta (1pt)	☒ Orientado/Conversando (5pts) ☐ Desorientado/Conversando (4pts) ☐ Palavras inapropriadas (3pts) ☐ Sons incompreensíveis (2pts) ☐ Sem resposta (1pt)	☒ Obedece a comandos (6pts) ☐ Localiza dor (5pts) ☐ Flexão sem localização (4pts) ☐ Flexão anormal/Decort. (3pts) ☐ Extensão anormal/Decort. (2pts) ☐ Sem resposta (1pt)

Total Dia: 15

Total noite: 15

Escala de Frankel para TRM

- Classificação:
- A - Ausência de função motora ou sensível abaixo da lesão
 - B - Ausência de função motora, com algum grau de sensibilidade preservada abaixo da lesão
 - C - Algum grau de função motora, mas sem utilidade prática
 - D - Função motora útil abaixo da lesão
 - E - Função sensível e motora normais, podendo ocorrer alterações de reflexo

PLANTÃO DIURNO

Drenos: Cefálico	DVE	DVP	Torácico	Ostomias	Aspecto:	Drenagem:
Respiração espontânea	Cateter O ₂	Venturi	% AVM	Modo:	FiO ₂ :	% PEEP:
Diel: Zero	YO	SNG	SNE	Emese (episódios)	Gavando	Aberta
Diurese: Presente	Ausente	Dispositivo urinário	SVA	SVD	Aspecto:	
El: Presente	Ausente há dias	Diarréia (episódios)				
Acesso venoso: Sem acesso	Periférico:	Central: <u>SSCC</u>	Troca em:	Aspecto:		
Integra	Lesionada	Tipo de lesão: <u>FO</u>	Local: <u>CP</u>	Aspecto:		

PLANTÃO NOTURNO

Drenos: Cefálico	DVE	DVP	Torácico	Ostomias	Aspecto:	Drenagem:
Respiração espontânea	Cateter O ₂	Venturi	% AVM	Modo:	FiO ₂ :	% PEEP:
Diel: Zero	YO	SNG	SNE	Emese (episódios)	Gavando	Aberta
Diurese: Presente	Ausente	Dispositivo urinário	SVA	SVD	Aspecto:	
El: Presente	Ausente há dias	Diarréia (episódios)				
Acesso venoso: Sem acesso	Periférico:	Central: <u>VSCC</u>	Troca em:	Aspecto:		
Pele: Integra	Lesionada	Tipo de lesão: <u>FO</u>	Local: <u>CP</u>	Aspecto:		

OBSERVAÇÕES:

EXAMES:

Enfermeiro diurno:

Enfermeiro noturno:

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM NCR
VANDERLÂNDIA TERESA - COREN 323666



52218


**LAUDO PAR
PROCEDIMEN**

 DE
(S)

Identificação do Estabelecimento de Saúde

 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital da Restauração

 2 - CNES
0000655

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Silvia Gomes de Vasconcelos

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1605392

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

Te de crânio d/c

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO
7.05.09.

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Mar Tereza 25 346

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

25 / 09 / 2017

26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

2609

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

Cod. 0421



Ficha de Atendimento

PROTESE

Número do Registro

869586		Data e Hora de Atendimento: 24/09/2017 05:36		Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL	
Atendimento Manual:					
Cod. Paciente: 1605392 Paciente: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO SIC					
Data de nascimento: 28/02/1988		Idade: 29a 6m 26d		Sexo: MASCULINO	
Estado Civil: SOLTEIRO		Profissão:		Acompanhante:	
DOC ID / Data expedição /		Mãe: ROSA GOMES DA SILVA		Cartão SUS:	
Endereço: ESTRADA DE ALDEIO		Número 1		Complemento:	
Bairro: ALDEIA		UF: PE		Telefone: 991588697	
Cidade: CAMARAGIBE					
Corrências:					
Motivo do atendimento: ACIDENTE CAPOTAMENTO					
Procedência: VIA PUBLICA					
Informações do Serviço Social:					
Confirmação de nome:		Fones		Assistente Social	
Confirmação de endereço:				Assistente Social	
Providências: Alta ☐ Caso Social ☐				Assistente Social	
Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons.Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Publico ☐				Assistente Social	
Outros ☐				Assistente Social	
Observação:				Assistente Social	
História Clínica:					
Vítima de acidente de carro. Habito ENLICO. MAS SEM SINTOMAS Falta de consciência. Trauma no pescoço Condição de transição					
Atendimento Médico					
Perda de consciência: Sim ☐ Não ☒		Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐		Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐	
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☒		Tipo:		Transporte realizado Por:	
Imobilização Cervical: Sim ☐ Não ☒		Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐		Altura:	
Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐		Por Que?			
Exame Físico:					
A: Geral		Via aérea está pervia: Sim ☒ Não ☐		O paciente fala: Sim ☐ Não ☐	
COLAR CERVICAL AUSENTE					
B: Respiratório					
MVA 100% S.A.					
C: Circulatório		PA: X mm		Pulso: bpm	
PULSO: 110 bpm SEM ACIDO LACTICO					



D: Exame Neurológico Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐
 Glasgow: Abertura Ocular Score: 2 Hora: Glasgow: Resposta Verbal Score: 3 Hora: Glasgow: Resposta Motora Score: 5 Hora:

E: Exposição/Abdômen:

ADD: PULSAÇÃO INDEBILITADA SEM PERITONEISMO
 BEXIGA EM ANCLADA DE TÁMIA SUPERIOR

Diagnóstico Inicial: POLI TRAUMA

Cod. Procedimento

Conduta: 1 COLAR VERMELHO ABONIA

Ass. Médico

2 SUE LOOSE E U LEMO

3 SOLICITO R+ TONA/REUS + TC CRÂNIO/COLUNA

4 CERVICAL / ROL

5 AR - BME / NCR

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermagem

Definição do Caso:

Condição de Alta:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☐ Alta

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Internado na Clínica:

Transferido para:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: CRM: Data: Hora:

Termo de responsabilidade para Internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: Nome completo legível:

No. da identidade: Assinatura:

Termo de responsabilidade de alta a pedido:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: Nome completo legível:

No. da identidade: Assinatura:

Data e Hora Impressão: 24-Sep-17





Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim
CEP: 52.060-210 - Recife - PE
CNPJ: 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5
Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA
(RQ-06)

Nº 748120

1ª Via Fixa

Hospital Porto Convênio: _____ Cidade: _____
Nome do Paciente: Edna Maria da Silva Data da Cirurgia: 26.09.17
Médico: Rafael Baptista Membro Operado: _____

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
24 placas			
08 parafusos			

PARAFUSOS CORTICAIS	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS CANULADOS	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR: _____

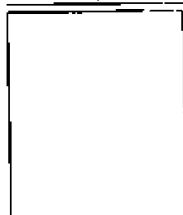


HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

24/09/2017 05:30



Nome Paciente: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 28/02/1988
Sexo: Masculino
Idade: 29
Senha: U0016
Convênio:
Atendimento:

24/09/2017 05:30 - MARCIA LIRA DE ARAUJO - COREN: 18351 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - classificação

Prioridade: **LARANJA - MUITO URGENTE**
Cor: **LARANJA**
Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE CAPOTAMENTO HÁ 1 H, COM PERDA DE CONSCIÊNCIA. APRESENTANDO TRAUMA DE FACE, OTORRAGIA, RINORRAGIA, INCONSCIENTE.
Observação: -
Fluxograma sintoma: TRAUMA MAIOR
Discriminador(es): - ALTERAÇÃO SÚBITA DA CONSCIÊNCIA?
Especialidade: NEUROGIRURGIA ADULTO
Alergia(s): -
Sinais Vitais Lidos: - ESCALA COMA DE GLASGOW ADULTO: 3

Acolhido(a) por: MARCIA LIRA DE ARAUJO
Data: 24/09/2017 05:30

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO SIC	PRONTUÁRIO: 1505392	ATENDIMENTO: 00870077
DATA DE NASCIMENTO: 28/02/1988	FOI ATENDIDO EM: 24/09/2017 Às	
	DATA DA ALTA: 02/10/2017 ÀS 11:04	

Diagnóstico Provável:

TCE - HEDA À DIREITA

CID: S06.4

Tratamento Realizado:

CS DE DRENAGEM DE HEDA A DIREITA (24/09)

Observação:

AO AMBULATÓRIO DE NEUROCIRURGIA APÓS 30 DIAS DA ALTA HOSPITALAR
PROCURAR EMERGÊNCIA EM CASO DE SONOLÊNCIA, CEFALÉIA INTENSA OU VÔMITOS
AO AMBULATÓRIO DE OFTALMOLOGIA
RETIRAR OS PONTOS NO POSTO DE SAÚDE 7 DIAS APÓS A ALTA HOSPITALAR
CONVALESCER EM SUA RESIDÊNCIA POR 60 DIAS
TOMAR OS MEDICAMENTOS CONFORME A PRESCRIÇÃO

Encaminhado para:

ABRAÃO WAGNER PESSOA XIMENES - CRM: Nº 21845

Recife, 02, OUTUBRO ,2017

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



PERNAMBUCO
GOVERNADOR ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Si dice che il

86 95 86

EVOLUÇÃO CLÍNICA

CTBurf 241091.37 (05.40)

→ time of gradient automata (input matrix a - convex) depends on $\text{rank}(a)$ & $\text{trace}(a)$ for $\text{rank}(a) \leq 10$

multiple discrimination against non-white adults.

multiple discrimination against non-white adults.

Def. $E_{\text{Kern}} = \text{Kern}(\varphi) = \{x \in M \mid \varphi(x) = 0\}$ ist ein Untermodul von M .

polymerized in the center front.

$\frac{d}{dt} \left(\frac{1}{2} m v^2 \right) = \frac{d}{dt} \left(\frac{1}{2} m \left(\frac{dx}{dt} \right)^2 \right)$

CO. E 50th Inf. 66

② Aug 23rd

#CTBHF Paciente vítima de acidente

24.09.14 autocombustivo ad ± 0.4 pesos

09:40 visto consciente, desorientado

Europa, Nordamerika, Asien

color, texture, EG required:

no exame físico BME apresenta

edema e equimose periorbitaria em

cazuri (D), impozibilitate de a doua acuzare

e matriculade coluca no momento, OPN

maxilares inferiores e premaxas, paciente com

evaluation of extreme events, perform

new atm face not submitted

CD: Sucesso TC de placa + 3D

Prodytido no Sarama Grafico - espelhar de Aho Nhai

□

0123



Dr. Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
OAB/PR 24139

Ata da reunião
de 24/09/17

Segue a ata da
reunião realizada em
24/09/17

24/09

24/09

[Handwritten signature]

em tempo real
na
atua
co. q. de
acompanhamento
BPF

CATH
24-09-17
10:30



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

24102 - VSC
for [unclear] [unclear]
[unclear]
- VP1

#SEPA#

Admite os 164 43min paciente submetido a cirurgia de neurotoma
retrolateral + cranioplastia com intervenções locais deq. a SR incisional,
intervenções em uma única sessão, oncológica, sem drogas convulsivas.

Ap. xonne EGBrowne, comm. int., altitude 10', humid tropic

ACU: RCR 200371 HONE SIS FC: 26 PA: 114) CS (88)

Expenditure: 66-54

Ans: $W_{\text{net}} = W_{\text{air}} + W_{\text{HT}} + W_{\text{CA}} + W_{\text{re}} + W_{\text{le}} + W_{\text{Soot}} + W_{\text{loss}}$

WCT: 34

App. 2006, 2007, 2008

447 12.6

EXT. JUNGLE - DAY

44579

October 4, 5

Disc. Formas e organizações da América Latina e Caribe mais orientadas para

ex.: 1) As incógnitas determinam-se da NR para montar o sistema homogêneo
na 4ª n. aplicamos regra de Cramer para achar a solução

D) frontalis sem. omarosa, alacra

Geová Cavalcante
Médico
CRM: 2.450

Downloaded from <http://www.sagepub.com> at UNIV OF CALIF SAN DIEGO on April 11, 2015

COD. 0123



Dr. Soraya Ferraz
Medica
CRM-25.738

$u = \frac{1}{2} \ln \frac{1+x}{1-x}$, $x = \tanh u$, $dx = \frac{1}{1-x^2} du$

$\rho = 1.02$ $\sigma = 0.14$ $\tau = 0.00$ $\omega = 0.00$

Jimmy Lugo Sales
 New Orleans, LA
 1997-11-13



EVOLUÇÃO

CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO FACIAL.

SILVIO MANOEL GOMES	869586	502/08
---------------------	--------	--------

DATA: 27/09/17

10H55MIN

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO

NO MOMENTO ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNÉICO, NORMOCORADO, EGREGULAR.

AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA E EQUIMOSE PERIORBITARIA BILATERAL, IMPOSSIBILIDADE DE AVALIAR ACUIDADE E MOTRICIDADE OCULAR NO MOMENTO, OPN E MANDIBULA FIRMES A PALPAÇÃO, DISCRETA MOBILIDADE EM MAXILA, OCLUSÃO ESTÁVEL, SEM QUEIXA RESPIRATÓRIA, ESCORIAÇÕES EM FACE, FERIMENTO EM REGIÃO FRONTAL JÁ SUTURADO SEM DÉBITO OU DEISCÊNCIA.

TC DE FACE SUGERE FRATURA DE MAXILA (D)

CD:

ALTA BMF

ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

ORIENTO DIETA LIQUIDA-PASTOSA

g





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO SIC

PRONTUÁRIO: 1605392

SEXO: Masculino

DATA NASC: 28/02/1988

DATA/HORA: 29/09/2017 12:09

ATENDIMENTO: 870077

Leito 502-LB

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 29/09/2017

Hora: 20:15

NOTA DE ADMISSÃO 502 B

ENFERMARIA 502 B

#ANAMNESE:

- HDA: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (CAPOTAMENTO), ADMITIDO NO SERVIÇO COM NÍVEL DE CONSCIÊNCIA FLUTUANTE, DESORIENTADO, COM EDEMA FACIAL À DIREITA. APRESENTANDO HEDA IPSILATERAL E FX SOBREJACENTE A LESÃO, SUBMETIDO A DRENAGEM E CRANIOPLASTIA.

COMORBIDADES: NEGA

- MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NEGA

- ALERGIAS: NEGA

#HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

1. - PQ DE DRENAGEM DE HEDA A DIREITA + CRANIOPLASTIA (24/09)

+ FERIDA OPERATÓRIA: APRESENTA CONTEÚDO SANGUINOLENTO SEM VAZÃO ATIVA.

#MEDS:

- ANTI-BIOTERAPIA:

+ CEFTRIAXONA D0/14 = 25/09

+ OXACILINA D0/14 = 25/09

#EXAME FÍSICO:

REGULAR ESTADO GERAL, SONOLENTO NO MOMENTO, ACOMPANHANTE REFERE PERÍODOS DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA.

APRESENTA EDEMA PALPEBRAL, FACIAL E CERVICAL A DIREITA, (NÃO PULSÁTIL). SECREÇÃO EM OLHO DIREITO.

EUPNEICO SOB AA, EUCORADO, HIDRATADO, HIPERTÉRMICO AO TOQUE.

DÉBITO 24H: DÉBITO HEMÁTICO

- EN:

++ GLASGOW = 13; OBEDECE A COMANDOS SIMPLES, MAS POUCO COOPERATIVO AO EXAME, ABERTURA OCULAR PRESENTE EM OE, SEM SINAIS DE ASSIMETRIA FACIAL.

MOTRICIDADE PRESERVADA GV NOS 4MM

SENSÓRIO PRESERVADOS

S/SINAIS DE LIBERAÇÃO PIRAMIDAL.

ACOMPANHANTE RELATA DIURESE PRESENTE, NEGANDO EVACUAÇÕES DESDE INTERVENÇÃO.

#CONDUZAS:

- AG ROTINA DE ADMISSÃO
- MANTER ATB
- VIGILÂNCIA NEUROLÓGICA
- FST RESPIRATÓRIA
- AVAL. OFTALMO

Dr. Juliano Gomes
Neurocirurgia
1.000.000.56059490
29/09/2017 20:15





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO SIC

PRONTUÁRIO: 1605392

SEXO: Masculino

DATA NASC: 28/02/1988

DATA/HORA: 30/09/2017 07:44

ATENDIMENTO: 870077

Leito 502-L8

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 30/09/2017

Hora: 20:15

EVOLUÇÃO

ENFERMARIA 502 8

#ANAMNESE:

- HDA: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (CAPOTAMENTO), ADMITIDO NO SERVIÇO COM NÍVEL DE CONSCIÊNCIA FLUTUANTE, DESORIENTADO, COM EDEMA FACIAL À DIREITA. APRESENTANDO HEDA IPSILATERAL E FX SOBREJACENTE A LESÃO, SUBMETIDO A DRENAGEM E CRANIOPLASTIA.

COMORBIDADES: NEGA

MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NEGA

ALERGIAS: NEGA

#HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

1. - PO DE DRENAGEM DE HEDA A DIREITA + CRANIOPLASTIA (24/09)

+ FERIDA OPERATÓRIA: APRESENTA CONTEÚDO SANGUINOLENTO SEM VAZAO ATIVA.

#MEDS:

- ANTIBIOTERAPIA:

+ CEFTRIAXONA D0/14 = 25/09

+ OXACILINA D0/14 = 25/09

#EXAME FÍSICO:

REGULAR ESTADO GERAL, SONOLENTO NO MOMENTO, ACOMPANHANTE REFERE PERÍODOS DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA. APRESENTA EDEMA PALPEBRAL, FACIAL E CERVICAL A DIREITA, (NÃO PULSÁTIL). SECREÇÃO EM OLHO DIREITO. EUPNEICO SOB AA, EUCORADO, HIDRATADO, HIPERTÉRMICO AO TOQUE.

DÉBITO 24H: DÉBITO HEMÁTICO

- EN:

++ GLASGOW =13; OBEDECE A COMANDOS SIMPLES, MAS POUCO COOPERATIVO AO EXAME, ABERTURA OCULAR PRESENTE EM OE, SEM SINAIS DE ASSIMETRIA FACIAL.

MOTRICIDADE PRESERVADA GV NOS 4MM

REFLEXOS PRESERVADOS

SINAIS DE LIBERAÇÃO PIRAMIDAL.

ACOMPANHANTE RELATA DIURESE PRESENTE, NEGANDO EVACUAÇÕES DESDE INTERVENÇÃO.

EVOLUÇÃO

CONSCIENTE, ORIENTADO, SONOLENTO DURANTE EXAME, POUCO COOPERATIVO, OBEDECE A COMANDOS, SEM INTERCORRENCIAS RELATADAS, DESCREVE UM EPISÓDIO EMÉTICO.

APRESENTA EDEMA EM REGRESSÃO DE HEMIFACE DIREITA, FO LIMPA E SECA.

- EUPNEICO, HIDRATADO, AFEBRIL AO TOQUE

#CONDUTAS:

- AG ROTINA DE ADMISSÃO
- MANTER ATB
- VIGILÂNCIA NEUROLÓGICA
- FST RESPIRATÓRIA

Kaue F. Franke
Neurologista
CRM 2 PE 25343
CRM PB 10804



Nome: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO

Pront.:01831130

Atend.:3138504

Nome Social :

Idade: 29

Dt.Nasc: 28/02/88

Profissão: OUTROS

Cidade: CAMARAGIBE

QUEIXA PRINCIPAL / HDA

AMB RETINA CIRURGICA DRA LIDIA

PACIENTE COM HISTÓRIA DE TCE EM 24/09/17, EVOLUINDO COM HEMATOMA EXTRA DURAL À DIREITA, FOI SUBMETIDO À DRENAGEM DO HEMATOMA.

EM ULTIMA CONSULTA NA NEUROFTALMOLOGIA:

SOLICITO CAMPO VISUAL- 24-2

SOLICITO ANGIORESSONÂNCIA PARA ESCLARECER A SUSPEITA DE ANEURISMA DE CARÓTIDA DA RNM.

ULTIMA AVL OD: 20/60

ANTECEDENTES PESSÓAIS

Doenças DM ☐ HAS ☐ LUES ☐ TOXOPLASMOSE ☐ AIDS ☐ Outras ☐

Hábitos Fumante ☐ Alcoolism ☐ Drogas ☐ Outras ☐

Doenças Oculares Catarata ☐ Glaucoma ☐ Outros ☐ Usa Óculos: ☐ Sim ☐ Não

Medicação

Alergias?

Outras

ANTECEDENTES FAMILIARES

☐ Catarata ☐ Glaucoma ☐ Cegueira ☐ Desc de Retina

Observações:

EXAMES FÍSICOS

AV		CT:		VERSÕES	
S/C ☒ C/C ☐ C/PH ☐					
LONGE					
OD: 20/100					
OE: 20/50					
PERTO					
OD:					
OE:					

Observações: Não se aplica

REFRAÇÃO ANTERIOR					REFRAÇÃO ATUAL					TONOMETRIA	
DE	DC	EIXO	PRISMA	AVL	DE	DC	EIXO	PRISMA	AVL	☒ Sopro ☐ Goldman	
OD										DIGITAL: ☐ NOR ☐ AUM ☐ DIM	
OE -0,50				20/20						OD: 12 OE: 13	
ADIÇÃO:					ADIÇÃO:						
CERATOMETRIA											
	K1	K2	Eixo (Plano)			K1	K2	Eixo (Plano)			
OD:					OE:						
MEDIDA DO DESVIO											
FOD S/C ☐ C/C ☐					FOE S/C ☐ C/C ☐						



PERTO:		PERTO:	
REFLEXOS FOTOMOTORES		GONIOSCOPIA	
	OD	OE	OD:
Direto			OE:
Consensual			Obs:
DAPR			

BIOMICROSCOPIA	
Palpebra Cílios / Via Lacrimal / Conjuntiva / Córnea / Câmara Anterior / Íris / Cristalino / Vítrec	
OD	OE
PTOSE, CONJ CALMA, CORNEA TRANSPARENTE, CAF	
	
MAPEAMENTO DE RETINA E BIO DE FUNDO DO OLHO	
	MAPEAMENTO / BIO DE FUNDO SELECIONE > MAPEAMENTO DE RETINA OD: NO HIPOCORADO 1-2+, EP 0,4, VV E MAC SEM ALTERAÇÕES OE: NOC, EP 0,4, VV E MAC SEM ALTERAÇÕES
HD: NEUROPATIA OPTICA TRAUMÁTICA	CID:
Olho único:	clicar para informar o cid
Motivo de Alta: Clique Aqui	
CONDUTA: DRA LIDIA EXAMINA E ORIENTA: NÃO VISUALIZO OUTROS ALTERAÇÕES NA RETINA ALÉM DA PALIDEZ DO NERVO ORIENTO ACOMPANHAMENTO NO AMB DE NFT PARA NEUROPATIA OPTICA POS TRAUMATICA Retirada de Corpo Estranho ☐ Retirada de Sutura ☐ Colocação Lente Contato Terapêutica ☐ Tubo de Ahmed ☐ Ultrassom	

16/11/2017 08:57:34

Dr(a): ANALINE LINS DE MEDEIROS
CRM - 25407





Fundação Affonso Ventura

Nome: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO

Pront.:01831130

Atend.:3231595

Nome Social :

Idade: 29

Dt.Nasc: 28/02/88

Profissão: OUTROS

Cidade: CAMARAGIBE

23/01/18

QUEIXA PRINCIPAL / HDA

AMBULATÓRIO DE NEUROFTALMOLOGIA

PACIENTE COM HISTÓRIA DE TCE EM 24/09/17, EVOLUINDO COM HEMATOMA EXTRA DURAL À DIREITA, FOI SUBMETIDO À DRENAGEM DO HEMATOMA. EM ULTIMA CONSULTA FOI SOLICITADO CAMPO VISUAL- 24-2 E ANGIORESSONÂNCIA PARA ESCLARECER A SUSPEITA DE ANEURISMA DE CARÓTIDA DA RNM.

TRAZ NOVO ANGIORNM: SEM ALTERAÇÕES

ANTECEDENTES PESSOAIS

Doenças DM ☐ HAS ☐ LUES ☐ TOXOPLASMOSE ☐ AIDS ☐ Outras ☐

Hábitos Fumante ☐ Alcoolismo ☐ Drogas ☐ Outras ☐

Doenças Oculares Catarata ☐ Glaucoma ☐ Outros ☐ Usa Óculos: ☐ Sim ☐ Não

Medicação

Alergias?

Outras

ANTECEDENTES FAMILIARES

☐ Catarata ☐ Glaucoma ☐ Cegueira ☐ Desc de Retina

Observações:

EXAMES FÍSICOS

VERSÕES

AV S/C ☐ C/C ☐ C/PH ☐

LONGE

OD:

OE:

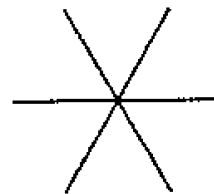
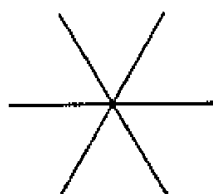
PERTO

OD:

OE:

CT:

H:



Observações: Não se aplica

REFRAÇÃO ANTERIOR

REFRAÇÃO ATUAL

TONOMETRIA

DE DC EIXO PRISMA AVL DE DC EIXO PRISMA AVL ☐ Sopra ☐ Goldman

OD ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ DIGITAL:

☐ NOR ☐ AUM ☐ DIM

OE ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ OD:

OE:

ADIÇÃO: ADIÇÃO:

CERATOMETRIA

K1 K2 Eixo (Plano) K1 K2 Eixo (Plano)

OD: ☐ ☐ ☐ ☐ OE: ☐ ☐ ☐ ☐

MEDIDA DO DESVIO

FOD S/C ☐ C/C ☐ FOE S/C ☐ C/C ☐

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

PERTO: PERTO:

REFLEXOS FOTOMOTORES

GONIOSCOPIA

OD: OE: OD:



Direto			OE:
Consensual			Obs:
DAPR			

BIOMICROSCOPIA	
Palpebra Cílios / Via Lacrimal / Conjuntiva / Córnea / Câmara Anterior / Íris / Cristalino / Vitrec	
OD	OE
	
MAPEAMENTO DE RETINA	BIO DE FUNDO DO OLHO
	MAPEAMENTO / BIO DE FUNDO SELECIONE > NÃO REALIZOU OD: OE:
HD: NEUROPATIA ÓPTICA TRAUMÁTICA Olho único:	CID: clicar para informar o cid
Motivo de Alta: Clique Aqui	
CONDUTA: DRA MARISA KATTAH: - EMITO LAUDO - ACOPAHMENTO ANUAL NO AMB GERAL Retirada de Corpo Estranho ☐ Retirada de Sutura ☐ Colocação Lente Contato Terapêutica ☐ Tubo de Ahmed ☐ Ultrassom	

23/01/2018 07:34:41

Dr(a): LUAN FELIPE BISPO ALMEIDA
CRM - 25353





Paciente: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO
Registro: 01831130
Data da emissão do Laudo: 14/11/2017

LAUDO OFTALMOLÓGICO

Declaro que, a pedido e autorização do(a) paciente supracitado, o(a) mesmo(a) vem em acompanhamento na Fundação Altino Ventura desde o dia: 18/10/2017

Acuidade Visual com melhor correção:

Olho direito: 20/60

Olho esquerdo: 20/20

Hipótese Diagnóstica:

Olho direito : Neuropatia óptica Traumática, Ptose palpebral

Olho esquerdo: olho sem alterações

Paciente em acompanhamento de lesão óptica traumática em olho direito; aguarda consulta com o departamento de plástica ocular para tratamento da ptose palpebral.

CID: S040 - TRAUM DO NERVO E DAS VIAS OPTICAS
H024 - PTOSE DA PALPEBRA

Dr. MARISA ZAMORA KATTAH
Fundação Altino Ventura
CRM 10120

O seu atendimento é pago com recursos do SUS. Qualquer cobrança é ilegal, denuncie na





Contando com sua preciosa colaboração, solicitamos o obséquio de nos fornecer os dados abaixo relacionados, que servirão para subsidiar a conclusão do exame médico-pericial. O fornecimento dessas informações, sigilosas e de utilização exclusiva para subsidiar a análise do benefício pleiteado, conta com autorização do segurado interessado ou seu responsável legal (Lei de nº 3.268/57; Lei nº 7.713/88; Lei nº 8.213/91; Lei nº 9.250/99, Decreto de nº 44.045/58, Decreto nº 3.000/99; Decreto nº 3.048/99, e Resoluções do Conselho Federal de Medicina nºs 1.246/88 e 1.484/97).

- 1 - Diagnóstico / CID-10 (com CAUSA BÁSICA);
- 2 - Descrever Acuidade Visual com melhor correção e outros detalhes de exame oftalmológico que considerar importantes.
- 3 - Há alterações na fundoscopia? Em caso afirmativo, quais?
- 4 - Descrever resultado dos últimos exames complementares realizados (se possível trazer tais exames);
- 5 - Há indicação de tratamento cirúrgico? Em caso afirmativo, há pendências para realização de tal tratamento? (qual o prazo para realização de tal tratamento?) Quais pendências? Em caso de indicação de cirurgia qual o resultado e o prognóstico esperado?
- 6 - Caso não haja indicação cirúrgica qual o tratamento indicado? Qual o resultado esperado? Qual o prognóstico?
- 7 - O paciente apresenta prejuízo funcional significativo atualmente? JUSTIFIQUE. Tal prejuízo limita sua capacidade de dirigir veículos automotores em algum grau?

Antônio Gabriel Teles Valentim
Partido Médico Progressista
CNPJ 1949610 - CREMESP 17749

Assinatura e Carimbo do Médico do INSS

SEGURADO OU SEU REPRESENTANTE LEGAL

Eu, _____ RG _____ autorizo a emissão, em caráter confidencial, das informações acima solicitadas, por atenderem a meu interesse (ou interesse de) _____
N.Reg./NB: _____ (de quem sou responsável legal).

Assinatura do Segurado ou Responsável Legal

INFORMAÇÕES MÉDICAS

Num. 56989273 - Pág. 50



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO

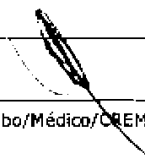
Paciente: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO SIC	Prontuário: 1605392
Clínica:	Atendimento: 870077
	Leito: 502-L8

AO OFTALMOLOGISTA

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (CAPOTAMENTO), SUBMETIDO À NEUROCIRURGIA PARA DRENAGEM DE HEDA EM 24/09/17. APRESENTOU EDEMA PALPEBRAL À DIREITA + SECREÇÃO IPSILATERAL, SENDO PRESCRITO TOBEX PELO OFTALMOLOGISTA EM PARECER.

SOLICITO REAVALIAÇÃO.

GRATO.

Data: 02/10/2017	 Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE
------------------	--

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO STC	PRONTUÁRIO: 1605392	ATENDIMENTO: 00870077
DATA DE NASCIMENTO: 28/02/1988	FOI ATENDIDO EM: 24/09/2017 Às	
	DATA DA ALTA: 02/10/2017 ÀS 11:04	

Diagnóstico Provável:

TCE - HEDA À DIREITA

CID: S06.4

Tratamento Realizado:

PO DE DRENAGEM DE HEDA A DIREITA (24/09)

Observação:

AO AMBULATÓRIO DE NEUROCIRURGIA APÓS 30 DIAS DA ALTA HOSPITALAR
PROCURAR EMERGÊNCIA EM CASO DE SONOLÊNCIA, CEFALÉIA INTENSA OU VÔMITOS
AO AMBULATÓRIO DE OFTALMOLOGIA
RETIRAR OS PONTOS NO POSTO DE SAÚDE 7 DIAS APÓS A ALTA HOSPITALAR
CONVALESCER EM SUA RESIDÊNCIA POR 60 DIAS
TOMAR OS MEDICAMENTOS CONFORME A PRESCRIÇÃO

Encaminhado para:

ABRAÃO WAGNER PESSOA XIMENES - CRM: Nº. 21845

Recife, 02, OUTUBRO, 2017

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 SECRETARIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: JOAO MARCELO DE
 Sobrenome: CORDEIRO DA SILVA
 Data de Nascimento: 24/05/1973
 Sexo: M
 Estado Civil: C
 Data de Emissão: 03/05/2013
 Data de Validade: 03/05/2018

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/01/2020 15:20:24
 https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012715202389100000056059490
 Número do documento: 20012715202389100000056059490



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE REABILITAÇÃO
 CADEIA NACIONAL DE REABILITAÇÃO

NOME
 FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

CPF: IDENTIFICADOR EMISSOR, UF
 0143455 ACS PE

DATA NASCIMENTO
 056.439.994-69 06/06/1983

PLACAR
 FERNANDO FERREIRA DE
 OLIVEIRA
 DIJAMYS BRANDAO DE
 OLIVEIRA

PERMANÊNCIA **ACT** **CAT. NOME**
 AS

Nº REGISTRO **VALIDAR** **1ª VALIDAÇÃO**
 05209956971 13/02/2021 16/06/2011

CONDIÇÕES
 sem observações

LOCAL **DATA EMISSÃO**
 RECIFE - PE 13/02/2012

ASSINATURA
 [Assinatura]

54431504003
PE071344277

2012RAN - PE (PERNAMBUCO)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1221607980

PROBIBO PLASTIFICAR
1221607980



SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 012808806878 BILHETE DE SEGURO DPVAT
SEVERINO ALVES DA SILVA

ENTRADA FRANCO GONDIM BORRELI 268 54789-370
CASA ALDEIA KM 7 BORRALHO CAMARAGIBE-PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016		DATA EMISSÃO 22/06/16
VIA 1	CPF / CNPJ 546.186.217-49	PLACA XIQ7950
RENAVAM 223324973	MARCA / MODELO GM/CELTA 2.0 LIFE	
ANO FAB. 2010	CAT. TAR. 01	Nº CHASSI 9BGR208F0BG148752
PRÊMIO TARIFÁRIO		
INS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL R\$ (R\$) (INCL. SEGURO FISCAL)
SEGURO PAGO		DATA DE QUITAÇÃO
PAGAMENTO ☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO		

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.698/0001-04
www.seguradoralider.com.br

DESTAQUE PARA O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PORTO AUTOMOTORIO.



Diretor Geral de Registro e Arquivo
 Carlos Anderson Sousa Ribeiro
 2020/01/27

NOME: []
 NOME DO VEICULO: []
 MARCA: []
 MODELO: []
 ANO: []
 PLACA: []
 DATA: []
 VALOR: []
 CATEGORIA: []
 OBSERVAÇÕES: []
 ASSINATURA: []
 RUBRICA: []
 Nº 0128080673
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
 Nº 0128080673
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 DEPARTAMENTO DE TRÁFICO
 GOV. DO PIAUÍ



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA SILVIO MANUEL GOMES DO NASCIMENTO
 DATA DO ACIDENTE 24/09/17 CPF DA VÍTIMA 071.523.324-04
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO FELIANA BRANDÃO DE OLIVEIRA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É PROCURADOR
 ENDEREÇO DO PORTADOR CALLEIA JOSÉ FERNANDES MACHADO
 Nº 233 COMPLEMENTO CASA BAIRRO JARICA
 CIDADE FEUFE UF PE CEP 56.970-230
 E-MAIL _____ TELEFONE (81) 97552-4424

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL);
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL);
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL);
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL);
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAIS) QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA AVALIAÇÃO;
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL);
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL);
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO.

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL);
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL);
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL).

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE.

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL);
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL);
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL);
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL);
 () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS;
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECÍPITO FISCAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL);
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL);
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO.

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL);
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL);
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL).

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO:
- MORTE = R\$ 13.800,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.800,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRADUAÇÃO DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGUNDO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 021 1204.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 24/09/17
 IDENTIDADE 749.953.505/11
 ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 24/09/17
 NOME _____
 ASSINATURA _____





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190504224

Cidade: Camaragibe

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO

Data do acidente: 24/09/2017

Seguradora: ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: TCE COM HEDA

Descrição do exame físico: VITIMA CONSCIENTE E ORIENTADO AO EXAME, SEM DEFICIT COGNITIVO. REALIZA CONTATO VERBAL E VISUAL COM O ENTREVISTADOR. PERICIANDO SEM QUEIXAS, APRESENTA LAPSOS DE MEMORIA, POREM SABE INFORMAR ONDE MORA, IDADE, ESTADO CIVIL. DEAMBULA LIVREMENTE, APESAR DE SUA ACOMPANHANTE INSISTIR EM APOIÁ-LO PELO BRAÇO. APRESENTA DISCRETA ASSIMETRIA EM REGIÃO OCCIPITAL DIREITA, COM PRESENÇA DE CICATRIZ CIRURGICA. NÃO FAZ USO DE MEDICAÇÃO CONTÍNUA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM DRENAGEM DO HEMATOMA, SUPORTE CLÍNICO. NÃO FEZ FISIOTERAPIA EVOLUI SEM COMPLICAÇÕES
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 17/09/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO QUE NÃO EXISTEM SEQUELAS FUNCIONAIS E OU ANATÔMICAS A SEREM INDENIZADAS DECORRENTES DO ACIDENTE, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190504224

Cidade: Camaragibe

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO

Data do acidente: 24/09/2017

Seguradora: ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
FRATURA DO MAXILAR DIREITO.
TRAUMA DO NERVO E DAS VIAS ÓPTICAS.
TRAUMA DE FACE ,OTORRAGIA,RINORRAGIA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
P-6-17-20-37-42-50-53

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

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

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190504224

Cidade: Camaragibe

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SILVIO MANOEL GOMES DO
NASCIMENTO

Data do acidente: 24/09/2017

Seguradora: ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
FRATURA DO MAXILAR DIREITO.
TRAUMA DO NERVO E DAS VIAS ÓPTICAS.
TRAUMA DE FACE ,OTORRAGIA,RINORRAGIA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
P-6-17-20-37-42-50-53

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

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

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			50 %	R\$ 6.750,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190504224

Cidade: Camaragibe

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO

Data do acidente: 24/09/2017

Seguradora: ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: TCE COM HEDA

Descrição do exame físico: VITIMA CONSCIENTE E ORIENTADO AO EXAME, SEM DEFICIT COGNITIVO. REALIZA CONTATO VERBAL E VISUAL COM O ENTREVISTADOR. PERICIANDO SEM QUEIXAS, APRESENTA LAPSOS DE MEMORIA, POREM SABE INFORMAR ONDE MORA, IDADE, ESTADO CIVIL. DEAMBULA LIVREMENTE, APESAR DE SUA ACOMPANHANTE INSISTIR EM APOIÁ-LO PELO BRAÇO. APRESENTA DISCRETA ASSIMETRIA EM REGIÃO OCCIPITAL DIREITA, COM PRESENÇA DE CICATRIZ CIRURGICA. NÃO FAZ USO DE MEDICAÇÃO CONTÍNUA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM DRENAGEM DO HEMATOMA, SUPORTE CLÍNICO. NÃO FEZ FISIOTERAPIA EVOLUI SEM COMPLICAÇÕES
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 17/09/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO QUE NÃO EXISTEM SEQUELAS FUNCIONAIS E OU ANATÔMICAS A SEREM INDENIZADAS DECORRENTES DO ACIDENTE, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

DANOS

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



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190504224
Nome do(a) Examinado(a): Silvio Manoel Gomes do Nascimento
Endereço do(a) Examinado(a): R Canada, 330 Casa
Aldeia dos Camaras Recife PE CEP: 54783-710
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 7165615
Data local do acidente: [24/09/2017]
Data local do exame: [17/09/2019] RECIFE [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TCE COM HEDA
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
**Tratamento: DRENAGEM DO HEMATOMA, SUPORTE CLÍNICO.
NÃO FEZ FISIOTERAPIA
Complicações: EVOLUI SEM COMPLICAÇÕES
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
VÍTIMA CONSCIENTE E ORIENTADO AO EXAME, SEM DEFICIT COGNITIVO. REALIZA CONTATO VERBAL E VISUAL COM O ENTREVISTADOR. PERICIANDO SEM QUEIXAS, APRESENTA LAPSO DE MEMÓRIA, PORÉM SABE INFORMAR ONDE MORAR, IDADE, ESTADO CIVIL. DEAMBULA LIVREMENTE, APESAR DE SUA ACOMPANHANTE INSISTIR EM APOIÁ-LO PELO BRAÇO, APRESENTA DISCRETA ASSIMETRIA EM REGIÃO OCCIPITAL DIREITA, COM PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA. NÃO FAZ USO DE MEDICAÇÃO CONTÍNUA.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
() Sim (X) Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
() "Vítima em tratamento" **(X) "Sem sequela permanente"**
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Leonardo de Faria Neves
CPF - 045.955.274-03
CRM/PE - 17742





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, 13 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190504224

Vítima: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 24/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 01561/01562 - carta_02 - INVALIDEZ

00010781



Carta nº 14770645





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, 25 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190504224

Vítima: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 24/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequelas definitivas, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00157/00158 - carta_04 - INVALIDEZ

00070079



Carta nº 14806605





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, 02 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190504224

Vítima: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 24/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO

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 14938411

Pag. 01647/01648 - carta_01 - INVALIDEZ

00310824





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou AVE

3 - CPF da vítima

4 - Nome completo da vítima

071.327.324-04

SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO

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

5 - Assine e carimbe

6 - CPF

7 - Nome

8 - Data de nascimento

16 - ENDEREÇO DO REPRESENTANTE LEGAL (PARA TUTOR E CURADOR PARA VITIMAS DE 16 ANOS DE IDADE ATÉ COMEÇAR A MAIORIA)

17 - Nome completo do Representante Legal

18 - RG do Representante Legal

19 - Declara, para fins de comprovação de direito, que a vítima não possui outro seguro de vida em vigor (ANEXAR CÓPIA).

20 - FAIXA RENDAL DO TITULAR DA CONTA

☒ R/L SEM RENDAS

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (só preencher para os bancos abaixo. Assinalar uma opção!)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

Nome do BANCO:

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (100)

AGÊNCIA:

0000

1

CONTA:

0000

7

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

0000

Autoriza

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

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

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

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

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

23 - Data de assinatura do declarante: 24/07/2020

24 - Assinatura do declarante: [Assinatura]

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Estado Civil do segurado

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

26 - Data do óbito da vítima:

27 - Se a vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

28 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

29 - Se a vítima deixou filhos:

☐ Sim ☐ Não

30 - Se a vítima deixou filhos, informar o nome completo:

☐ Sim ☐ Não

31 - Se a vítima deixou filhos, informar o nome completo:

☐ Sim ☐ Não

32 - Se a vítima deixou filhos, informar o nome completo:

☐ Sim ☐ Não

33 - Se a vítima deixou filhos, informar o nome completo:

☐ Sim ☐ Não

34 - Se a vítima deixou filhos, informar o nome completo:

☐ Sim ☐ Não

35 - Assinatura do segurado

36 - Assinatura do representante legal

37 - Assinatura do procurador

38 - Assinatura do testemunha

39 - Assinatura do testemunha

40 - Assinatura do testemunha

41 - Assinatura do testemunha

42 - Assinatura do testemunha

43 - Assinatura do testemunha

44 - Assinatura do testemunha

45 - Assinatura do testemunha

46 - Assinatura do testemunha

47 - Assinatura do testemunha

48 - Assinatura do testemunha

49 - Assinatura do testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

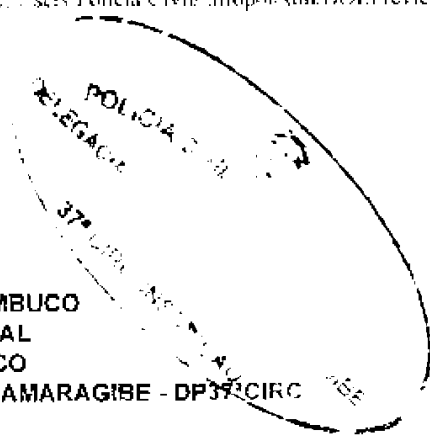
50 - Data de emissão: 27/07/2020





Poupança variações 96 em 51





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 037ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE - DP37ª CIRC
DIM/9ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 18E0127004137

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/07/2018** às **16:33**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **24/9/2017** no período da **Madrugada**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA DE ALDEIA, 1, ESTRADA DE ALDEIA, KM 18** - Bairro: **ALDEIA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
SEVERINO ALVES DA SILVA (OUTRO)
SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO (VITIMA) ✓

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO**

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

SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ROSA GOMES DA SILVA Pai: JOAO MANOEL DO NASCIMENTO Data de Nascimento: 28/2/1988 Naturalidade: CAMARAGIBE / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial **RUA CANADA, 330, PROXIMO AO ANTIGO BAR DE BOCA DE BOI - CEP: 55000-000 - Bairro: ALDEIA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

NAO SE APLICA - Ramo de Atividade. **NAO INFORMADO**

Nome do Representante - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial. - Telefone de Contato: -

SEVERINO ALVES DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

CELTA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SEVERINO ALVES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO**
Categoria/Marca/Modelo **AUTOMOVEL/GM/CELTA** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

07/07/2018 16:33



Placa **KIQ7950** (PERNAMBUCO/CAMARAGIBE) Renavam: **223324973** Chassi: **9BGRZ08F0RG148752**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE NA MADRUGADA DO DIA 24 DE SETEMBRO DE 2017 VEIO SOFRER UM ACIDENTE ENQUANTO ESTAVA CONDUZINDO UM VEICULO DE UM AMIGO. QUE NESSE DIA ESTAVA CHOVENDO MUITO E COM POUCA VISIBILIDADE QUANDO SOBROU NUMA CURVA E VEIO CAPOTAR O VEICULO. O MESMO ESTAVA ACOMPANHADO POR OUTRAS TRES PESSOAS QUE NÃO SOFRERAM LESOES. O MESMO FICOU DESACORDADO, SENDO INFORMADO QUE FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS DIRETO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, FICANDO EM ESTADO DE COMA POR CERCA DE SETE, FICANDO EM INTERNAMENTO POR DEZ DIAS. O MESMO TEVE DRENAGEM DE NEDA A DIREITA, E FEZ UMA CIRURGIA NA CABEÇA.

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

Silvio m. gomes do nascimento
SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Alexandro* **ALEXANDRO FERREIRA DE PAULA** - Matrícula: **272840-0**

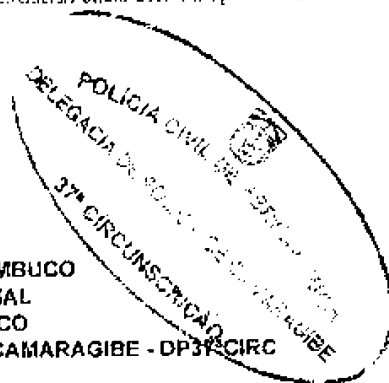


Obs: veículo que
2 vítimas estava

CARRO



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 037ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE - DP37-CIRC
DIN/9º DESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0127004137

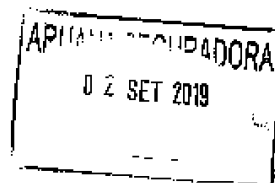
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/07/2018** às **16:33**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **24/9/2017** no período da **Madrugada**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA DE ALDEIA, 1, ESTRADA DE ALDEIA, KM 18 - Bairro:**
ALDEIA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR VAGANTE)
SEVERINO ALVES DA SILVA (OUTRO)
SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO (VÍTIMA) ✓



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO**

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

SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **ROSA GOMES DA SILVA** Pai: **JOAO MANOEL DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **28/2/1988** Nacionalidade: **CAMARAGIBE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA CANADA, 330, PROXIMO AO ANTIGO BAR DE BOCA DE BOI - CEP: 55000-000 - Bairro: ALDEIA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade. NÃO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone da Contato: -

SEVERINO ALVES DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

✓ **CELTA (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **SEVERINO ALVES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/GM/CELTA** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Placa: **KIQ7950** (PERNAMBUCO/CAMARAGIBE) Renavam: **223324973** Chassi: **98GRZ08F0RG148752**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **ALCO/GASOL**

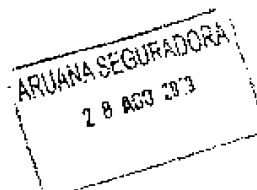
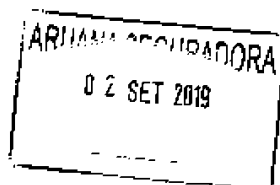
Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE NA MADRUGADA DO DIA 24 DE SETEMBRO DE 2017 VEIO SOFRER UM ACIDENTE ENQUANTO ESTAVA CONDUZINDO UM VEICULO DE UM AMIGO. QUE NESSE DIA ESTAVA CHOVENDO MUITO E COM POUCA VISIBILIDADE QUANDO SOBROU NUMA CURVA E VEIO CAPOTAR O VEICULO. O MESMO ESTAVA ACOMPANHADO POR OUTRAS TRES PESSOAS QUE NÃO SOFRERAM LESOES. O MESMO FICOU DESACORDADO, SENDO INFORMADO QUE FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS DIRETO PARA O HOSPITAL DA RESTAURACAO, FICANDO EM ESTADO DE COMA POR CERCA DE SETE, FICANDO EM INTERNAMENTO POR DEZ DIAS. O MESMO TEVE DRENAGEM DE HEDA A DIREITA, E PEZ UMA CIRURGIA NA CABECA.

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

Silvio m. gomes do nascimento
SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO
(VITIMA)

B.O. registrado por: *A* **ALEKSANDRO FERREIRA DE PAULA** - Matrícula: **272840-0**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou AIA: 071.327.324-04 3 - CPF da vítima: 071.327.324-04 4 - Nome completo da vítima: SÍLVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO

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

5 - Assinatura do Representante Legal: [Assinatura] 6 - Nome do Representante Legal: SÍLVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO 7 - Data de Nascimento: 07/11/1973 8 - Data de Assinatura: 27/01/2020

DADOS CADASTRAIS

TIPOUS DO REPRESENTANTE LEGAL: (PARA TUTOR E CURADOR PARA VITIMAS DE 16 ANOS DE IDADE ATÉ COMEÇAR COM CURADOR)

17 - Nome completo do Representante Legal: SÍLVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO

18 - RG do Representante Legal: 071.327.324-04

19 - Declara, para fins de comprovação de direito, que a vítima não possui outro seguro de vida em vigor (ANEXAR CÓPIA).

20 - FAIXA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ R\$ 0,00 A R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 A R\$ 2.500,00 ☐ R\$ 2.501,00 A R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 A R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (só para os bancos abaixo. Assinale uma opção!) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (100) _____

AGÊNCIA: 071.327.324-04 CONTA: 071.327.324-04 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

Autoriza: _____

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

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

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

23 - Data de Nascimento: 07/11/1973 24 - Data de Assinatura: 27/01/2020

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Estado Civil: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

26 - Data de Nascimento: 07/11/1973 27 - Data de Assinatura: 27/01/2020

28 - Data de Nascimento: 07/11/1973 29 - Data de Assinatura: 27/01/2020

30 - Data de Nascimento: 07/11/1973 31 - Data de Assinatura: 27/01/2020

32 - Data de Nascimento: 07/11/1973 33 - Data de Assinatura: 27/01/2020

34 - Data de Nascimento: 07/11/1973 35 - Data de Assinatura: 27/01/2020

36 - Data de Nascimento: 07/11/1973 37 - Data de Assinatura: 27/01/2020

38 - Data de Nascimento: 07/11/1973 39 - Data de Assinatura: 27/01/2020

40 - Data de Nascimento: 07/11/1973 41 - Data de Assinatura: 27/01/2020

42 - Data de Nascimento: 07/11/1973 43 - Data de Assinatura: 27/01/2020

44 - Data de Nascimento: 07/11/1973 45 - Data de Assinatura: 27/01/2020

46 - Data de Nascimento: 07/11/1973 47 - Data de Assinatura: 27/01/2020

48 - Data de Nascimento: 07/11/1973 49 - Data de Assinatura: 27/01/2020

50 - Data de Nascimento: 07/11/1973 51 - Data de Assinatura: 27/01/2020

52 - Data de Nascimento: 07/11/1973 53 - Data de Assinatura: 27/01/2020

54 - Data de Nascimento: 07/11/1973 55 - Data de Assinatura: 27/01/2020

56 - Data de Nascimento: 07/11/1973 57 - Data de Assinatura: 27/01/2020

58 - Data de Nascimento: 07/11/1973 59 - Data de Assinatura: 27/01/2020

60 - Data de Nascimento: 07/11/1973 61 - Data de Assinatura: 27/01/2020

62 - Data de Nascimento: 07/11/1973 63 - Data de Assinatura: 27/01/2020

64 - Data de Nascimento: 07/11/1973 65 - Data de Assinatura: 27/01/2020

66 - Data de Nascimento: 07/11/1973 67 - Data de Assinatura: 27/01/2020





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH000782 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(a) FERNANDA BRANDÃO DE OLIVEIRA, 35 anos, BRASILEIRA (a), SOLTEIRO(a), RG nº 6141955 SDS/PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 056.639.994-69, residente a RUA CÔNEGO JOSÉ FERNANDES MACHADO, nº 233, CASA VARZEA, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 24/09/2017, por volta das 04:13 hs, no endereço: RODOVIA PE 27, 19, CHÃ DE CRUZ PAUDALHO-PE, referente a uma) CAPOTAMENTO, envolvendo AUTOMÓVEL CELTA CINZA KIQ7950-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(º) SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO, inscrito sob o CPF nº 071.327.324-04 e Registro Geral 7165615, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 707672-1 FELIX. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO. Registrado(a) com o prontuário nº 1605392. Ficou aos cuidados do médico XX, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações - GBAPH.

Posição em 15/07/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbmz.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH000782

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9128 - CNPJ: 00.355.771/0001-44



Itaucard Itaú

Consulte sua fatura em Internet
ou nos canais eletrônicos do Itaú



01010000000000000000000000000000



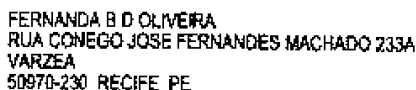
SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO
R CANADA 330
CS - ALDEIA CAMARAS
54783-710 CAMARAGIBE - PE



01010000000000000000000000000000

Data de Pagamento: 05/08/2019
Data de Vencimento: 16/08/2019
Data de Fecimento (crédito): 03/09/2019
Data prevista de fechamento da próxima fatura: 03/09/2019





**Wissenschaftlicher
Verlag Dr. H. Schmidt**

RCHLO | **MIDWAY**
RIACHUELO | FINANCIERA

VISA

Saldo Anterior	1.069,50
● Pagamentos/Créditos	1.069,50
● Encargos	0,00
● Despesas/Débitos no Brasil	582,98
● Despesas/Débitos no Exterior	0,00
● Saldo desta Fatura	582,98

Il Parlamento britannico non si è mai più riunito dal 1929 a oggi, e questo è un fatto che non può essere ignorato. In ogni caso, il Parlamento non ha mai approvato una legge che non sia stata approvata dal Parlamento. In ogni caso, il Parlamento non ha mai approvato una legge che non sia stata approvata dal Parlamento.

Vencimento	Saldo a Pagar R\$
18/06/2019	582,98

Parcelamento de Fatura e Pagar Vencimento

11x de R\$ 95,96

Atenção: Para ativar o parcelamento efetue o pagamento exato do valor da primeira parcela até o vencimento.

Outras opções de Parcelamento de Fatura até o Vencimento na folha anexa ou na Central de Atendimento

Parental style: authoritative

Pague qualquer valor igual ou acima de:

R\$ 85,79

o saldo restante em 31/12/1998, em um

Atenção: Se desejar anular porcelas ou a totalidade do financiamento entrar em contato com a Central de Atendimento para emissão de um novo boleto.

Histórico das Despesas			
DATA	DESCRIÇÃO		VALOR
18/06/19	Saqueio Perda e Roubos Banheiro		2,50 D
18/06/19	Atendimento Personal e Família		12,95 D
	PERMANENTE B.D OLIVEIRA	X129	
19/06/19	ATACADO DE DOIS PRESENTES		13,50 D
23/06/19	SPINUBIA VISTA		50,00 D
18/06/19	CANPOS CHOCOLATES DOCA		16,00 D
14/06/19	YES COSMETICS		34,00 D
18/06/19	MELHOR COM DE ALJUME L		7,70 D
19/06/19	MELHOR COM DE ALJUME L		32,28 D
20/06/19	PRODUTOS GLOBO		17,01 D
22/06/19	JOSÉ MATTIAS NETO MER		53,17 D
24/06/19	JOSÉ MATTIAS NETO MER	01/02	16,00 D
24/06/19	JOSE VALDIR DA SILVA L		20,50 D
26/06/19	JOSÉ MATTIAS NETO MER	01/02	50,22 D
27/06/19	PERMANENCIO MOTOS LTDA		10,00 D
31/06/19	EVOLUÇÃO MICRO PEÇAS		35,00 D
01/06/19	JOSÉ MATTIAS NETO MER		46,40 D
03/06/19	POSTO CAYMAN LTDA		30,60 D
03/06/19	PASSAIO		43,00 D
04/06/19	VILA BELA E COMBUST		30,00 D
14/06/19	MEGA IMÓVEIS	01/02	26,00 D
	SUBTOTAL		\$208,83
18/06/19	PAGAMENTO		1.209,50 C
18/06/19	ANUIDADE BRACHUCO - TITULAR	01/02	20,00 D

Total	Disponível
1.340,00	410,52

Total	Disponível
134,00	134,00

Descrição	Taxa Juros	CET
Reserva de Contingência de Seguro	43,90 % a.a.	376,74 % a.a.
Reserva de Contingência Mês Próximo Mês	23,90 % a.a.	14,53 % a.a.
Parcelamento de Fatura	13,90 % a.a.	14,53 % a.a.
Parcelamento de Fatura Max. Próximo Mês	13,90 % a.a.	14,78 % a.a.
Multa Contratação Por Atraso	2,90 % a.a.	14,78 % a.a.
Multa Remuneração de Atraso	2,90 % a.a.	422,66 % a.a.
Juros de Mora (Pró-Rate)	1,00 % a.m.	0,00 % a.a.
Taxa de cobrança por Atraso	R\$ 0,00	0,00 % a.a.

Descrição	Código	Valor	Data SORTEIO
PERDA E INÍCIO	004993	10.000,00	27/07/19
ACQU.PRESSOAI FMA	020370	10.000,00	27/02/19

A PARTIR DE 02 DE MAIO DE 2019 O VALOR DA ANUIDADE DE SEU CARTÃO MACHUELO SERÁ ALTERADA DE R\$ 25,00 PARA R\$ 24,00 LANÇADA CONFORME A DATA DE ANIVERSÁRIO DA ANUIDADE

Informamos que em caso de restrição nos órgãos de proteção ao crédito, a Empresa suspenderá a concessão de crédito, conforme cláusula contratual 5.7.





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

Para mais detalhes, consulte o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 9h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4024-1596 / 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 Ouvidoria: 0800 021 91 35

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://www.z.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/HOJORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção a lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenização. 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, TSM POR FINALIDADE DISCIPLINAR. APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº99.613/98.

Pelo exposto, eu **FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA**

inscrito (a) no CPF/CNPJ **056.639.994 / 69** na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

SILVIO MANUEL GOMES DE MACHADO inscrito (a) no CPF sob o Nº **011.311.329 / 04**

do sinistro de DPVAT cobertura **16 VILHIEZ** de vítima **SILVIO MANUEL GOMES DE MACHADO**

inscrito (a) no CPF sob o Nº **071.267.304 / 69** 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 à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: **RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADOS**

Bairro: **BARCELA**

Cidade: **RECIFE**

E-mail: **fernandabrandao2013@gmail.com**

Número:

233

Estado:

PE

Complemento:

CASA

CEP:

50.370-200

Tel./DDD:

81 98562-0424 / 81 99472-7853

Local e Data:

Assinatura do Declarante

01/09/2011 V001/2017

