



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

Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190396024**

Vítima: FLAVIO SILVA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 26/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FLAVIO SILVA DE OLIVEIRA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =

R\$ 1.687,50

Recebedor: FLAVIO SILVA DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

amos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190685936

Vítima: MARIA DO SOCORRO DA SILVA

Data do Acidente: 10/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VANESSA ANDRADE DA SILVA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), MARIA DO SOCORRO DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00579/00580 - carta_25 - INVALIDEZ





Nome: FLAVIO SILVA DE OLIVEIRA (1620067)

Admissão: 303680

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 03

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

FRATURA TÍBIA PROXIMAL - PLATEAU

CID 10:

S82.1

RURGIA REALIZADA:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA PLATEAU TIBIAL (X) DIR / () ESQ
COM PLACABLOQUEADA PARA TIBIA PROXIMAL + PARAFUSOS BLOQUEADOS
05/02/2019

MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. JUAREZ

ORIENTAÇÕES:

- 1- CEFALLEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;
- 2 - DAPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 - SE DOR;
- 3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; NÃO PISAR; AUXÍLIO DE MULETAS. EXERCÍCIOS IMEDIATOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO;
- 4 - RETORNAR PARA REVISÃO CONFORME MARCAÇÃO AMBULATORIAL. ATENDIMENTO SOMENTE PARA PACIENTES MARCADOS, TERÇA, 17H;

NECESSITA DE AFASTAMENTO DO TRABALHO POR NOVENTA (90) DIAS.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 05/02/2019 as 17:05

DR. JUAREZ SEBASTIAN
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PE 15595 / CRM-BA 17638
TEOT: 11983

Dr. (a) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA
CRM: 15595





Nome: **FLAVIO SILVA DE OLIVEIRA** (1620067)

Admissão: 303680

Procedência: **ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)**

Enfermaria:

Leito: **LEITO 03**

Unidade de Internação: **013 - Ortopedia/Traumatologia**

Data: / /

ATESTADO MÉDICO

Estou para os devidos fins que **FLAVIO SILVA DE OLIVEIRA** compareceu a esta Unidade de Urgência/Emergência:

CID 10:

- () Em consulta médica no dia de hoje de hora(s) às hora(s).
- (X) Necessitando de (30) dia(s) de afastamento do seu trabalho ou escola.
- () Como acompanhante.
- () Outros.

Eu autorizo a colocação do CID-10: _____

NOTA: Este Atestado é válido para finalidade prevista no art. 27 da CLPS, provada pelo Decreto n. 89.312 de 31/84, resolução CFM 1190/84 e Medida Provisória 644/2014 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 05/02/2019 as 17:03

DR. JUAREZ SEBASTIAN
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM: 15595 / CRM-BA 17638
CRM: 11983

DR. JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA
CRM: 15595



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

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FLAVIO SILVA DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FLAVIO SILVA DE OLIVEIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KIO2872** (PERNAMBUCO/OLINDA)

CAMINHÃO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **VINHO CARRETEIRO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHÃO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PF15553** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

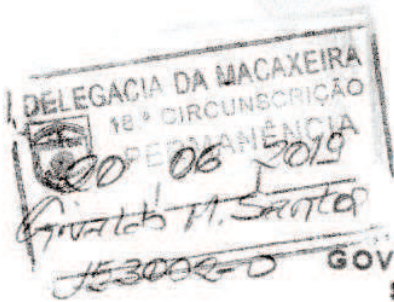
VITIMA RELATOU QUE ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA QUANDO AO TENTAR MUDAR DE FAIXA O CAMINHÃO FREIOU BRUSCAMENTE E VEIO A COLIDIR NA PARTE TRASEIRA DO CAMINHÃO. QUE UMA EQUIPE DO SAMU ESTEVE NO LOCAL E QUE FOI CONDUZIDO PARA A EMERGENCIA DA UPA DE NOVA DESCOBERTA DE LA PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS E POR ULTIMO FOI INTERNADO NO HOSPITAL ARMINDO MOURA, NO MUNICIPIO DE MORENO, ONDE FOI SUBMETIDO A UMA CIRURGIA.

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

Flavio Silva de Oliveira
FLAVIO SILVA DE OLIVEIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **GIVALDO MARCELINO DOS SANTOS - MAT. 153002-0**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 018ª CIRCUNSCRIÇÃO - MACAXEIRA -
DP18ªCIRC DIM/5ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0108001422

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 20/06/2019 às 09:20

Complementa o BO Número: 19E0108001231

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 26/1/2019 às 07:15

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA NORTE, 01** - Bairro: **MACAXEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **NAS IMEDIAÇÕES ENTRE O T.I MACAXEIRA E O POSTO DESATIVADO**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
VINHO CARRETEIRO (OUTRO)
FLAVIO SILVA DE OLIVEIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO
VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): FLAVIO SILVA DE OLIVEIRA

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

FLAVIO SILVA DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARGARIDA MARIA SILVA DE OLIVEIRA Pai: SEVERINO JOSE DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 28/8/1982 Naturalidade: OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8042883/SSP/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: OUTRAS PROFISSOES Telefones Celulares: - 81884855182

Endereço Residencial: **RUA SABINO CAMPOS, 41, CORREGO DO JENIPAPO - CEP: 55000-000 - Bairro: MACAXEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

VINHO CARRETEIRO - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
FLAVIO SILVA DE OLIVEIRA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
6042883 SSP PE

CPF
010.168.024-47

DATA NASCIMENTO
28/06/1982

FILIAÇÃO
SEVERINO JOSE DE OLIVEIRA
IRA
MARGARIDA MARIA SILVA DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
A

ACC
A

CAT. HAB
A

Nº REGISTRO
02692934540

VALIDADE
17/07/2023

1ª HABILITAÇÃO
10/01/2003

OBSERVAÇÕES

Flavio Silva de Oliveira

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RECIFE, PE

DATA EMISSÃO
18/07/2017

ASSINATURA DO EMISSOR
Charles Andreus Souza Ribeiro
Diretor Presidente

58983046458
PE080163270

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1482707748

PROIBIDO PLASTIFICAR
1482707748



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/0

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco

Av. João de Barros, 111. Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902

CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

CELPE

O CLIENTE

SILVA DE OLIVEIRA

1168 024-47

CAÇÃO

ENCIAL
CIAL
0

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SABINO CAMPOS 41

MACAXEIRA/RECIFE

RECIFE PE

52091-041

CONTA CONTRATO

7004859280

MÊS/ANO

12/2019

DATA DE VENCIMENTO

17/01/2020

DATA PREVISTA PROXIMA

13/01/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

EMIÇÃO

SÉRIE

16/12/2019

ÚNICA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 013935725921

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 882357735 2018

FLAVIO SILVA DE OLIVEIRA

OLINDA-PE

010.168.024-47

K102872

9C2KC08506R838769

PAS /MOTOCICLETA

GASOLINA

HONDA/CG 150 TITAN ES

2006 2006

2P/149CL

PARTIC

PRETA

IPVA 2018 QUITADO

1 FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS

3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA

OLINDA 07/04/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

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

PE Nº 013935725921

BILHETE DE SEGURO DPVAT

FLAVIO SILVA DE OLIVEIRA

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

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

OLINDA-PE

010.168.024-47

K102872

882357735

HONDA/CG 150 TITAN ES

2006

9C2KC08506R838769

PRÊMIO TARIFÁRIO

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

COTA ÚNICA

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.249.606/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT ELS NÃO É DE PORTA OBRIGATORIO.





Nome: FLAVIO SILVA DE OLIVEIRA (1620067)

Admissão: 303680

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 03

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: 06/02/2019

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que **Flávio Silva de Oliveira** esteve internado nesta Unidade Hospitalar no período de **27/01/2019 a 06/02/2019**, para realizar tratamento cirúrgico ortopédico.

Admissão: 27/01/2019 - HGV

Cirurgia: 05/02/2019

Alta hospitalar: 06/02/2019

Atenciosamente,

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 06/02/2019 as 08:53

Dr. (a) MILENA RAFAELA SILVA SOUSA

CRM: 6391


Milena Sousa
ASSISTENTE SOCIAL
CRESS N° 6391 - 4ª REGIÃO/PE



DECLARAÇÃO E PEDIDO
DE BENEFÍCIO DE GRATUIDADE DA JUSTIÇA

Eu, **FLAVIO SILVA DE OLIVEIRA**, brasileiro, solteiro, aux. administrativo, portador (a) da Cédula de Identidade RG nº 6042883 SSP/PE, inscrito no CPF/MF sob nº 010.168.024-47, residente e domiciliado (a) na Rua Sabino Campos, nº 41, Bairro: Macaxeira, Cidade: Recife, Estado: Pernambuco, CEP: 52091-041, e-mail: flaviosilva2305@gmail.com, nos termos da Lei nº 1.060 / 50, declara, para os devidos fins de direito e, em especial, para fazer prova em juízo, que não possuo condições para arcar com as custas e as despesas judiciais, sem o prejuízo do meu próprio sustento, não tendo condições de arcar com despesas; requerendo, conseqüentemente, todos os benefícios da **GRATUIDADE DE JUSTIÇA**.

Cidade: Olinda , 27 de Dezembro de 2019

Flávio Silva de Oliveira

FLAVIO SILVA DE OLIVEIRA
CPF/MF sob nº 010.168.024-47



INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: FLAVIO SILVA DE OLIVEIRA, brasileiro, solteiro, aux. administrativo, portador (a) da Cédula de Identidade RG nº 6042883 SSP/PE, inscrito no CPF/MF sob nº 010.168.024-47, residente e domiciliado (a) na Rua Sabino Campos, nº 41, Bairro: Macaxeira, Cidade: Recife, Estado: Pernambuco, CEP: 52091-041, e-mail: flaviosilva2305@gmail.com, que outorga os poderes constante nesta procuração,

OUTORGADOS: DRº ADELSON JOSÉ DA SILVA, brasileiro, casado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 25.645 - D, que também assina **DRª VANESSA ANDRADE DA SILVA**, brasileira, casada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 33.821 - D, a quem substabelecer, ambos com endereço profissional à Av. Chico Science, Nº 72, Loja 07, Bultrins – Olinda/PE.

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

FINALIDADE: DEFENDER OS INTERESSES DO OUTORGANTE.

Cidade: Olinda , 27 de Dezembro de 2019

Flavio Silva de Oliveira

FLAVIO SILVA DE OLIVEIRA
CPF/MF sob nº 010.168.024-47

Av. Chico Science, nº 72, loja 7 da galeria do posto Total, Bultrins, CEP: 53.320-170, Olinda/ PE

E-mail: 2AVadvocacia@gmail.com – Fones:

(81)3012.9696/9968.9696/8899.9696/9771.0888/8827.1879



CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS – FUNDAMENTO JURÍDICO NOS ARTIGOS 593 E SEQUINTE DO CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO

PARTES:

DR ADELSON JOSÉ DA SILVA, brasileiro, casado, inscrito sob a Ordem dos Advogados do Brasil nº 25.645 – D assina também, **DRª VANESSA ANDRADE DA SILVA**, brasileira, solteira, inscrita sob a Ordem dos Advogados do Brasil nº 33.821 – D, com escritório profissional na Av. Chico Science, Nº 72, Loja 07, Bultrins – Olinda/PE, neste ato denominado **CONTRATADO**.

De outro lado, denominado **CONTRATANTE FLAVIO SILVA DE OLIVEIRA**, brasileiro, solteiro, aux. administrativo, portador (a) da Cédula de Identidade RG nº 6042883 SSP/PE, inscrito no CPF/MF sob nº 010.168.024-47, residente e domiciliado (a) na Rua Sabino Campos, nº 41, Bairro: Macaxeira, Cidade: Recife, Estado: Pernambuco, CEP: 52091-041, e-mail: flaviosilva2305@gmail.com, que a este subscreve.

➤ **CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO DO CONTRATO**

I. O presente contrato alude auxílio jurídico prestado pelo **CONTRATADO** a **CONTRATANTE**, onde alguém listo:

a) O **CONTRATADO** impetrará perante a JUSTIÇA COMUM, **COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATORIO DPVAT**.

➤ **CLÁUSULA SEGUNDA – DO VALOR DO SERVIÇO**

I. O **CONTRATANTE** pagará ao **CONTRATADO** a monta de **30%** do valor **TOTAL** ganho relativo ao ato da cláusula **PRIMEIRA**, inciso I, alínea "a", no mesmo dia em que for levantado o pagamento, ou através de qualquer outro meio de recebimento.

➤ **CLÁUSULA TERCEIRA – DO PRAZO**

I. O presente contrato é firmado por prazo determinado, ou seja, após o cumprimento das clausula **PRIMEIRA E SEGUNDA**, este contrato finda tacitamente, porém, pode ser rescindido por qualquer das partes, unilateralmente, a qualquer tempo, desde que expressamente comunicado **com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias**, realizando um pagamento de R\$ 500,00 (quinhentos reais) a título de multa rescisória.

II. **Faltando comunicação por escrita da rescisão contratual, a parte infratora arcará com uma multa contratual desde já arbitrada na ordem de R\$ 500,00 (quinhentos reais).**

PARÁGRAFO PRIMEIRO - No caso de rescisão de iniciativa DA CONTRATANTE, a mesma ficará obrigada a formalizar um termo de rescisão consensual.

➤ **CLÁUSULA QUARTA – DA CLÁUSULA PENAL**

I. Implicará em cláusula penal, no valor de 2 (duas) vezes o valor aventado na **CLÁUSULA TERCEIRA, inciso II**, deste contrato, por qualquer ato ilegal, doloso ou manifestamente simulado praticado pelo **CONTRATANTE**, além do descumprimento deste instrumento, transformando-o em **TÍTULO EXECUTIVO EXTRAJUDICIAL** favorável ao **CONTRATADO**, dando a tal instrumento os predicados expostos no Código de Processo Civil.

➤ **CLÁUSULA QUINTA – DA CONVENÇÃO A UM TÍTULO EXECUTIVO EXTRAJUDICIAL:**

I. Ficará o **CONTRATANTE** ciente de que este título, em sua assinatura, se torna **um título executivo extrajudicial**, podendo ser, em caso de inadimplemento, executado e protestado pelo **CONTRATADO** na forma aqui pactuada, onde desde já está sendo assinado sem quaisquer formas de coação e em conformidade com a lei vigente em nosso País, tendo ciência o **CONTRATANTE** de suas responsabilidades aqui pactuadas.

➤ **CLÁUSULA SEXTA – DO FORO**

I. As partes elegem o foro de Olinda/PE para dirimir quaisquer dúvidas e litígios relativos a este instrumento, dispensando qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

I. E por estarem justos e contratados faz-se emitir o referido instrumento contratual em 2(duas) vias de igual teor e forma na presença de duas testemunhas.

Olinda, 27 de Dezembro de 2019.

Flavio Silva de Oliveira
FLAVIO SILVA DE OLIVEIRA

DR ADELSON JOSÉ DA SILVA

Av. Chico Science, nº 72, loja 7 da galeria do posto Total, Bultrins, CEP: 53.320-170, Olinda/ PE

E-mail: 2AVadvocacia@gmail.com – Fones:

(81)3012.9696/9968.9696/8899.9696/9771.0888/8827.1879





Nome: FLAVIO SILVA DE OLIVEIRA (1620067)

Admissão: 307602

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito:

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: 12/03/2019

FISIOTERAPIA JOELHO DIR

20 SESSÕES.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 12/03/2019 as 18:55

Dr. (a) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

CRM: 15595

DR. JUAREZ SEBASTIAN
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PE 15595 / CRM-BA 17638
TEOT: 11983





FICHA DE SOLICITAÇÃO AMBULATORIAL



RECIFE
PREFEITURA DA CIDADE

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE SOLICITANTE

CNES: _____ Nome da Unidade Solicitante: _____ Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO(A) USUÁRIO(A) DO SUS

Número do Cartão Nacional de Saúde - CNS: _____ Data de Nascimento: _____ Sexo: ☒ M ☐ F Telefone Celular / Fixo: _____

Nome Completo: Flávio Silva de Oliveira

Nome da Mãe: Margarida Maria Silva de Oliveira

CEP: _____ Endereço (Rua, Avenida, Travessa, etc): _____

Número: 41

Complemento: _____ Bairro: Centro do Sertão Município: Recife

UF: PE

Patologias Crônicas e Condição do(a) Usuário(a):

☐ Diabetes ☐ Hipertensão Arterial ☐ Deficiência: _____ ☐ Alergia: _____

ATENÇÃO! PREENCHER FICHAS SEPARADAS para CONSULTA, EXAMES LABORATORIAIS E DE IMAGEM, quando solicitados a UM(A) MESMO(A) USUÁRIO(A).

CONSULTA / ATENDIMENTO

☐ Retorno p/ Unidade: _____ Profissional: _____

Especialidade da Consulta/Atendimento: FISIOTERAPIA MOTORA Quant. de Sessões: 20

EXAMES (LABORATORIAIS / IMAGEM / OUTROS)

Descrição do Exame	Descrição do Exame (cont.)	Descrição do Exame (cont.)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Hipótese Diagnóstica: FRATURA TÍBIA DIREITA

CID 10 Principal: _____ CID 10 Secundário: _____

Condições Clínicas que Justificam a Solicitação (Opcional em caso de RETORNO):

Classifique o Risco do Caso:

- ☒ Eletivo (AZUL)
☐ Prioritário (VERDE)
☐ Urgência (AMARELO)
☐ Emergência (VERMELHO)

Carimbo e Assinatura Profissional Solicitante:

Carimbo e Assinatura Profissional Solicitante

Resultados de Exames Realizados:

Data de Solicitação: _____

ESPAÇO RESERVADO PARA ETIQUETAS DE AUTORIZAÇÃO

Solicitação Enviada para: ☐ FILA DE ESPERA ☐ REGULAÇÃO Código de Solicitação: 279.940.603 Data do Envio: _____ Data de Autorização: _____

AUTORIZAÇÃO / AGENDAMENTO

Nº Chave: 88019 Data do Agendamento: 03/04/19 Hora: 13:30
Unidade Executante: Evangelico de Pernambuco
Nome do(a) Profissional Executante: Myrella Ruby Alves dos Santos
Endereço: Rua Frei Galvão nº 301
Telefone: 3228-0588/0767

ACOLHIMENTO E CONDUTA NA UNIDADE EXECUTANTE

Carimbo e Assinatura Profissional Executante: _____ Data do Atendimento: _____

[illegible]

SPRING 2010

[illegible][illegible]

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067	2068	2069	2070	2071	2072	2073	2074	2075	2076	2077	2078	2079	2080	2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087	2088	2089	2090	2091	2092	2093	2094	2095	2096	2097	2098	2099	2100	2101	2102	2103	2104	2105	2106	2107	2108	2109	2110	2111	2112	2113	2114	2115	2116	2117	2118	2119	2120	2121	2122	2123	2124	2125	2126	2127	2128	2129	2130	2131	2132	2133	2134	2135	2136	2137	2138	2139	2140	2141	2142	2143	2144	2145	2146	2147	2148	2149	2150	2151	2152	2153	2154	2155	2156	2157	2158	2159	2160	2161	2162	2163	2164	2165	2166	2167	2168	2169	2170	2171	2172	2173	2174	2175	2176	2177	2178	2179	2180	2181	2182	2183	2184	2185	2186	2187	2188	2189	2190	2191	2192	2193	2194	2195	2196	2197	2198	2199	2200	2201	2202	2203	2204	2205	2206	2207	2208	2209	2210	2211	2212	2213	2214	2215	2216	2217	2218	2219	2220	2221	2222	2223	2224	2225	2226	2227	2228	2229	2230	2231	2232	2233	2234	2235	2236	2237	2238	2239	2240	2241	2242	2243	2244	2245	2246	2247	2248	2249	2250	2251	2252	2253	2254	2255	2256	2257	2258	2259	2260	2261	2262	2263	2264	2265	2266	2267	2268	2269	2270	2271	2272	2273	2274	2275	2276	2277	2278	2279	2280	2281	2282	2283	2284	2285	2286	2287	2288	2289	2290	2291	2292	2293	2294	2295	2296	2297	2298	2299	2300	2301	2302	2303	2304	2305	2306	2307	2308	2309	2310	2311	2312	2313	2314	2315	2316	2317	2318	2319	2320	2321	2322	2323	2324	2325	2326	2327	2328	2329	2330	2331	2332	2333	2334	2335	2336	2337	2338	2339	2340	2341	2342	2343	2344	2345	2346	2347	2348	2349	2350	2351	2352	2353	2354	2355	2356	2357	2358	2359	2360	2361	2362	2363	2364	2365	2366	2367	2368	2369	2370	2371	2372	2373	2374	2375	2376	2377	2378	2379	2380	2381	2382	2383	2384	2385	2386	2387	2388	2389	2390	2391	2392	2393	2394	2395	2396	2397	2398	2399	2400	2401	2402	2403	2404	2405	2406	2407	2408	2409	2410	2411	2412	2413	2414	2415	2416	2417	2418	2419	2420	2421	2422	2423	2424	2425	2426	2427	2428	2429	2430	2431	2432	2
--	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	---

Abstract



Figure 1. The effect of the concentration of the inhibitor on the rate of polymerization.

OVERALL

TYPE DE DOCUMENT

Protocolo de Encaminhamento

REPORT! OLIVIA

UNION

2000年12月15日



R136 - Ficha de Cirurgia

Data: 06/02/2019

Página: 1 08:02

Atendimento: 303680	Aviso: 22139	RG.: 6042883
Paciente: 1620067	FLAVIO SILVA DE OLIVEIRA	CPF.:
Idade: 36 Anos e 7 Meses	Telefone: 987173355	Enfermaria: ENFERMARIA 04
Plano: SUS - ELETIVAS		Acomodação: LEITO 03
Previsto	Data: 05/02/2019	Início: 00:00 Duração: 00:30

Diagnóstico Pré-Operatório

S821 - FRAT DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Cirurgia(s) Realizada(s):

Cirurgia Principal: TRAT CIR DE FRAT PLATO TIBIAL

Data: 05/02/2019 Início: 12:30 Fim: 12:50

Anestesia:

RAQUE COM SEDAÇÃO

Início: 12:20 Fim: 13:00

Equipe Cirurgica:

Cirurgião: JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

Anestesista: ELIVELTON ANDRE DE LIMA SILVA

1º Auxiliar: _____

Aux Anest: _____

2º Auxiliar: _____

Consultor: _____

3º Auxiliar: _____

Perfusionista: _____

4º Auxiliar: _____

Pediatra: _____

Instrument.: _____

Intensivista: _____

Diagnóstico Pós-Operatório

S821 - FRAT DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Descrição

Cirurgia Realizada

1. TTO CIR FRATURA TIBIA - PLATÔ
2. FASCIOTOMIA DE MEMBRO INFERIOR

Descrição

- 1) PCT ANESTESIADO E GARROTEADO
- 2) MANOBRA DE REDUÇÃO INCRUENTA COM VARO DO JOELHO; DISSECÇÃO ROMBA COM ABERTURA DE APONEUROSE ANTEROLATERAL E ISOLAMENTO DE NERVO FIBULAR E ABORDAGEM DO FOCO;
- 3) VISÃO SOB ESCOPIA E LEVANTAMENTO DE PLANALTO POSTERO-LATERAL;
- 4) BROQUEAMENTO E APOSIÇÃO DE PARAFUSOS ATRAVES DE PLACA BLOQUEADA PARA TIBIA PROXIMAL + PARAFUSOS BLOQUEADOS;
- 6) LAVAGEM COM SORO; SUTURAS;
- 7) CURATIVOS E TALA

Intercorrências / Observações

Assinatura do médico _____

Hospital Memorial Armindo Moura

SAME

Serviço de Arquivo Médico e Estatístico

Fone: (81) 3535-2013

Av. Cleto Campelo, S/N-M



HOSPITAL ARMINDO MOURA

PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 06/02/2019 07:57

Atendimento: 303680 Entrada: 27/01/2019 Hora: 09:31
Acomodação: LEITO 03
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsavel: MARGARIDA MARIA SILVA DE OLIVEIRA
Médico Resp: DANIEL BRASIL ARAUJO NICOLLETTI

Enfermaria: ENFERMARIA 04
Permanência: 9 Dia(s), 22 horas
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 703400263740914

Paciente: 1620067 FLAVIO SILVA DE OLIVEIRA
Nascimento: 28/06/1982 (36 Anos e 7 Meses)
Endereco: RUA SABINO CAMPOS
Bairro: MACAXEIRA C.E.P.: 52091-041
Cidade: 2611606 RECIFE
Pai: SEVERINO JOSE DE OLIVEIRA
Mãe: MARGARIDA MARIA SILVA DE OLIVEIRA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.:
Identidade: 6042883 - SSP - PE
Telefone: / 987173355
G.Instrução:
Ocupação: AUX ADMINISTRATIVO
Naturalidade: OLINDA

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 27/01/2019 - 15:04

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. DANIEL SANCHES CRM 19149)

Queixa do paciente:

PACIENTE ENCAMINHADO DO HGV COM FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO (FECHADA) PARA INTERNAMENTO HOSPITALAR. PORÉM, PACIENTE SEM TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO

Exame físico:

DOR E EDEMA EM REGIÃO PROXIMAL DA PERNA DIREITA. NEUROVASCULAR PRESERVADO.

Hipótese diagnóstica:

1) FRATURA FECHADA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO

Prescrição/Conduta:

Horario/Checkagem

01 -	TALA CRUROMALEOLAR EM MID	
02 -	INTERAMENTO + PREOP	
03 -		
04 -		

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização)

COMANDA:

Hospital Memorial Armindo Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Av. Cleto Campelo, S/N - Moreno-PE



CONSULTA NA URGENCIA (Dr. DANIEL SANCHES CRM 19149)

Queixa do paciente:

PACIENTE ENCAMINHADO DO HGV COM FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO (FECHADA) PARA INTERNAMENTO HOSPITALAR. PORÉM, PACIENTE SEM TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO

Exame físico:

DOR E EDEMA EM REGIÃO PROXIMAL DA PERNA DIREITA. NEUROVASCULAR PRESERVADO.

Hipótese diagnóstica:

1) FRATURA FECHADA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO

Prescrição/Conduta:

		Horario/Checagem
01 -	ENCAMINHO PACIENTE DE VOLTA AO SERVIÇO DE ORIGEM PARA REALIZAÇÃO DE TAC DO JOELHO DIREITO, TENDO EM VISTA QUE ESTE SERVIÇO NÃO DISPOMOS DE TAL EXAME.	
02 -		
03 -		
04 -		

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização)

COMANDA:

Em: 27/01/2019 - 09:47

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. DANIEL SANCHES CRM 19149)

Queixa do paciente:

PACIENTE ENCAMINHADO DO HGV COM FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO (FECHADA) PARA INTERNAMENTO HOSPITALAR.

Exame físico:

DOR E EDEMA EM REGIÃO PROXIMAL DA PERNA DIREITA

Hipótese diagnóstica:

1) FRATURA FECHADA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO

Prescrição/Conduta:

		Horario/Checagem
01 -	INTERNAMENTO + PREOP	
02 -		
03 -		

Hospital Memorial Arimindo Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
Fone: (81) 3535-2013
Av. Cleto Campelo, S/N-M - São Paulo-PE

Página 2 de 3



04 -		
------	--	--

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) COMANDA:

Hospital Memorial
SAM
Serviço de Arquivo Médico
Fone: (81) 3535-2011
Av. Cleto Campelo, S/N



GETULIO VARGAS

Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Retirada da senha: 26/01/2019 09:55

Nome Paciente: FLAVIO SILVA DE OLIVEIRA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 36
Senha: E0015
Convênio:
Atendimento:
SAME:

5606505

Período: 26/01/2019 09:56 - 26/01/2019 09:57

ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 66261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

AMARELO - URGENTE

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

RELATO DE DOR E DEFORMIDADE EM MID E MSD APOS COLISÃO MOTO X CARRO.
HAS-
DM-
ALERGIA NEGA
NEGA SÍNCOPE E EMESE

Observação:

UPA

Fluxograma sintoma:

PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es):

- DEFORMIDADE GROSSEIRA?

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

REGUA DE DOR: 5

Acolhido(a) por: ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 66261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 26/01/2019 09:57



Assinado eletronicamente por: Adelson José da Silva - 13/01/2020 14:29:57

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011314295713400000055463961>

Número do documento: 20011314295713400000055463961

HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA

E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados 1 - Especializados

Resultado de Exames

Código Procedimento

Ass. Médico + Carimbo

Código Procedimento

Ass. Médico + Carimbo

Ass. Enfermeira + Carimbo

Tratamento / Procedimentos:

Indicação Cirúrgica Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Evolução de Enfermagem

Diag. Definitivo

Definição do Caso:

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

Condição de Alta:

☐ Curado ☐ Inal ☐ Obi ☐ Melhorado ☐ Piorado

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome

Confirmação do Endereço

Providências

Observações

Assist. Social

Assist. Social

Autorização para Alta / Internamento / Transferência

Médico

CRM/CRO

Data

Hora

Termo de Responsabilidade Para Internamento:

- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os 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 deste nosocômio bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.

Data

Nome completo legível

Nº da Identidade

Assinatura

Cadastramento: 26/01/2019 10:07 h RAULITACBS

Impressão: 26/01/2019 10:07 h RAULITACBS

Médico



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 679437

Prontuário: 1109570

Nome: FLAVIO SILVA DE OLIVEIRA
Data Nasc.: 28/06/1982 Idade: 36
RG:

Sexo: MASCULINO

Cor:
CNS: 703400263740914

Nº: 41

Estado: PE

Endereço: RUA SABINO CAMPOS

Cidade: RECIFE

Bairro: MACAXEIRA

Fone: 87173355

Profissão:

CEP: 52091041

Nome da Mãe: MARGARIDA MARIA SILVA OLIVEIRA

Acompanhante:

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: UPA NOVA DESCOBERTA

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: SENHA 5606505 REFERE DOR E DEFORMIDADE EM MID E MSD APOS COLISAO MOTO X CARRO

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

2 - ATENDIMENTO DATA 26/01/2019 HORA: 10:07 h Médico:

Queixa Principal / HDA:

Múcio Antônio Lima Filho
Traumato - Ortopedia
CRM 17070 - PE

História do Trauma

Perda da Consciência Sim ☒ Não ☐ Episódio Emético Sim ☐ Não ☒ Acidente de Trabalho Sim ☒ Não ☐

Acidente de Trânsito Sim ☒ Não ☐ Tipo: Transporte Motorista ☒ Passageiro ☐

Colisão: Sim ☒ Não ☐ Tipo: Local de Impacto Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☒ Altura: m

Atropelamento: Sim ☐ Não ☒ Tipo: Transporte Realizado por:

Vitima de Ferimento: Sim ☒ Não ☐ Por: Por que:

Queimadura: Sim ☐ Não ☒

Condições de imobilização adequadas: Sim ☒ Não ☐

Observações: HNC (-) DRC (-) fratura de fêmur no membro inferior direito

Exame Físico:

A: Geral Via aérea esta pervia: Sim ☒ Não ☐ O paciente fala: Sim ☒ Não ☐ Temp.: C°

B: Respiratório: Insuficiência respiratória no membro inferior direito

C: Circulatório: PA: x mmHg Pulso: bpm

D: Exames Neurológico: Deficiência motora MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☒ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular Escora: 4 Hora: Glasgow: Resposta Verbal Escora: 5 Hora: Glasgow: Resposta Motora Escora: 6 Hora:

01 de Set de 2019





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



FICHA PARA AVALIAÇÃO
RISCO DE QUEDA

NOME:

Nº DO REGISTRO:

SETOR:

DATA DE ADMISSÃO:

26/01/19

ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS.
CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.

☐ IDADE > OU IGUAL 65 ANOS

☐ CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS

☐ COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO

☐ DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE

☒ PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA

☐ DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUIDA

☐ HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA

☐ ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX. HIPOGLICEMIA)

☐ OBESIDADE MORBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA

☐ SEDAÇÃO/ANESTESIA

☐ MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL

☐ URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL

☐ HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA

☐ PACIENTE CIRÚRGICO

CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO
MSD.

☒ COLOCADO PULSEIRA ROXA

☐ NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

☐ SIM

☐ NÃO

ASSINATURA (ORIENTADO):

RECOMENDAÇÕES:

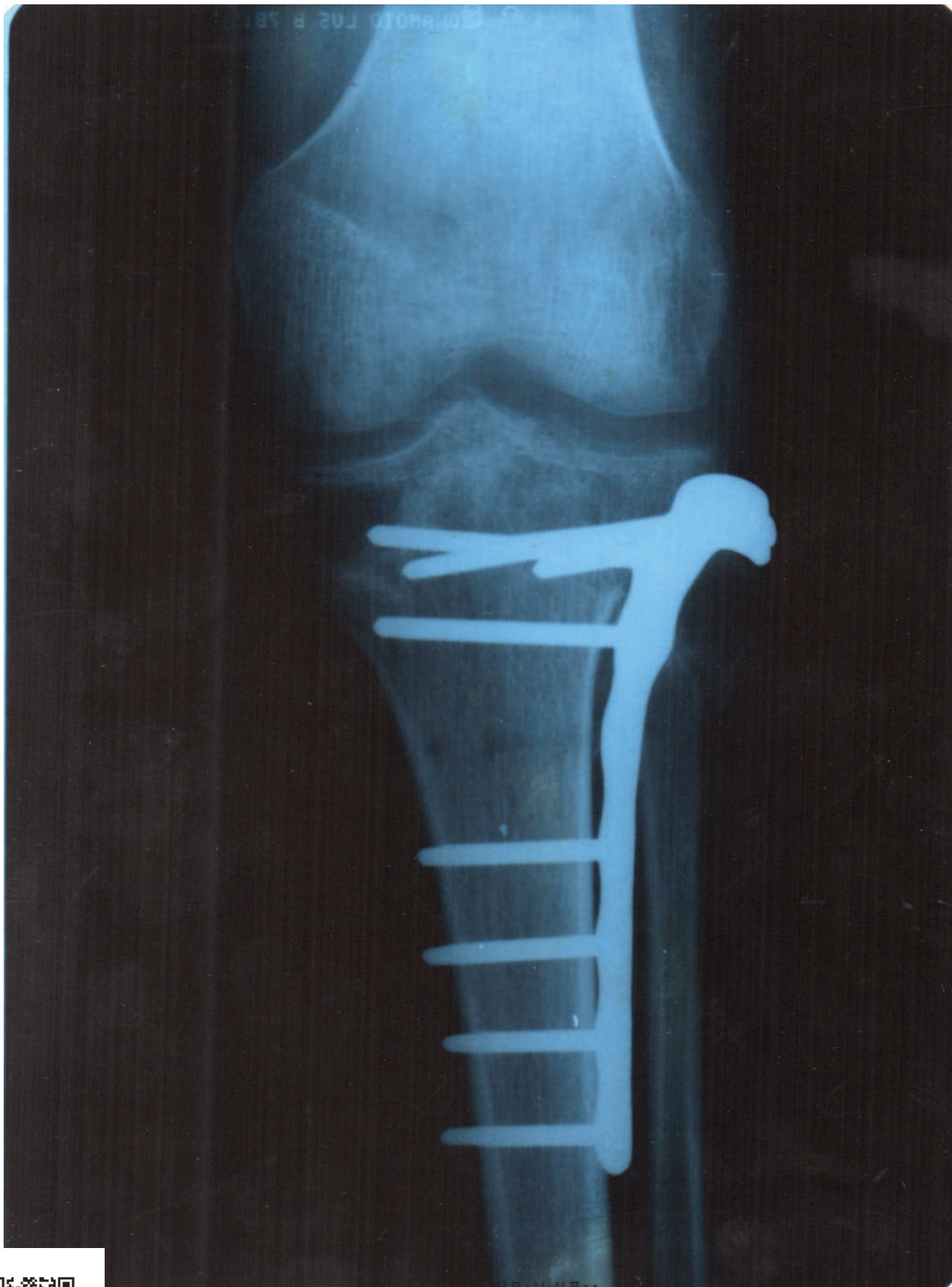
1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas;
3. Orientar a não trancar portas;
4. Orientar a não andar nem circular na enfermaria ou corredor no momento da limpeza;
5. Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios;
6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
7. Estimular o uso de acessórios de apoio;
8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;
9. Manter iluminação adequada durante a noite;
10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;
11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos

ENFERMEIRA/COREN:

Avenida General San Martin s/n - Cordeiro
Recife/PE - CEP 50.030-000
Fone: (0XX 81) 31845600

HGV 1008 V 1 2013









Nome: FLAVIO SILVA DE OLIVEIRA (1620067)

Admissão: 303680

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 03

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RECEITA

USO ORAL

01 - CEFALEXINA 500MG ----- 28 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMPRIMIDO, VIA ORAL, DE 6/6h, POR 07 DIAS

02 - MELOXICAM 7,5MG ----- 10 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMPRIMIDO, VIA ORAL, DE 12/12h, POR 05 DIAS

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 05/02/2019 as 17:04

05/02/2019

DR. JUAREZ SEBASTIAN
Ortopedia e Traumatologia do Joelho
CRM-PE 15595 / CRM-SEBASTIAN LIMA E LIMA
TEOT: 11968M: 15595





Nome: FLAVIO SILVA DE OLIVEIRA (1620067)

Admissão: 303680

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 03

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RECEITA

USO ORAL

01 - CEFALEXINA 500MG ----- 28 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMPRIMIDO, VIA ORAL, DE 6/6h, POR 07 DIAS

02 - MELOXICAM 7,5MG ----- 10 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMPRIMIDO, VIA ORAL, DE 12/12h, POR 05 DIAS

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 05/02/2019 as 17:04

05/02/2019

DR. JUAREZ SEBASTIAN
Ortopedia e Traumatologia do Joelho
CRM-PE 15595 / CRM-SEBASTIAN LIMA E LIMA
TEOT: 11968M: 15595

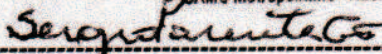


DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	068.02.2019
DATA	22.02.2019

Atendendo ao requerimento do Sr. **ROGÉRIO SEVERINO SILVA DE OLIVEIRA**, portador do Documento de Identidade nº **5084005** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **029.093.734-52**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-581774**, que no dia 26 de janeiro de 2019, o paciente Sr. **FLÁVIO SILVA DE OLIVEIRA**, portador do Documento de Identidade nº **6042883** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **010.168.024-47**, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo caminhão e moto, por volta das 07h15, na Avenida Norte, imediações entre o Terminal Integrado Macaxeira e ao Posto da Lei Seca, no bairro Córrego do Jenipapo, sendo conduzido para a UPA Nova Descoberta e, posteriormente redirecionado para o Hospital Getúlio Vargas.
Recife, 22 de fevereiro de 2019.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife



Dr. Sergio Parente Costa

Gerente de Informação e Avaliação

SAMU Metropolitano do Recife

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife - PE

- 50.060.140 Fone: 3355-7450



UPA24H-UNID PRONTO ATEND NOVA DESCOBERTA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA NOVA DESCOBERTA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 26/01/2019 07:26

Nome Paciente: FLAVIO SILVA DE OLIVEIRA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 28/06/1982
Sexo: Masculino
Idade: 36
Senha: C0032
Convênio: -
Atendimento:
SAME:

Período: 26/01/2019 07:27 - 26/01/2019 07:28

JAQUELINE LOPES RAFAEL - COREN: 008405 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: URGENCIA - AMARELO

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACT. TRAZIDO PELO O SAMU APRESENTANDO DOR EM MID +CLAVICULA DIR PÓS TRAUMA DE MOTO

Medicamento(s): HAS - DM -
NEGA ALERGIA
NEGA OUTRAS QUEIXAS

Fluxograma sintoma: TRAUMA MODERADO

Discriminador(es): - DOR MODERADA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA CARDIACA: 102.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 20.00 RPM
- P.A. SISTOLICA: 120.00 MM/HG
- P.A.DISTOLICA: 70.00 MM/HG
- SPO2: 97.00 %

Acolhido(a) por: JAQUELINE LOPES RAFAEL - COREN: 008405 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 26/01/2019 07:28

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Data do Atendimento: 26/01/2019 Hora: 07:31:20 PRONTUÁRIO: 371815
Id. Atendimento: 1313537 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA Colaborador: LUANASANTOS
Setor / Serviço: CONSULTORIO MEDICO

Nome: **FLAVIO SILVA DE OLIVEIRA**

Sexo: M

Data de Nascimento: 28/06/1982 Idade: 36 Anos, 6 Meses e 29 Dias C.I.:

País ou responsáveis: MARGARIDA MARIA SILVA DE OLIVEIRA /

Endereço.....: RUA SABINO CAMPOS, 41 - MACAXEIRA/ - 52091041

Cidade.....: RECIFE

Hora do Atendimento: 07:45 Hs

Peso: _____ Kg

Temperatura: _____ °

QPD / HDA:

EXAME FÍSICO:

DIAGNÓSTICO:

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:

*Destino do Paciente: () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Alta à Pedido () Atestado Dias

(X) Transferência para outra Unidade () Óbito () Outro:

HGV - Valp. 5606503

*Condição de Saúde do Paciente: () Melhorado () Inalterado () Piorado

Márcia Lima Gomes
Ortopedia/Traumatologia
CRM/PE 23640

Médico - Carimbo e Assinatura



Num. 56379894 - Pág. 1

EXAME NEUROLOGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Inespecífico ()

Escola de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a Voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Sem Incompreensíveis 2
Sem resposta Verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 5
Localiza Estímulo Doloroso 4
Retirada ao Estímulo Doloroso 3
Descoordenação 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG:

Sinal de disfunção cerebral: Déficit Motor () Déficit da Comissura Labial ()
Dificuldade de fala ()
Análise Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Míose ()

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()
Lesões intra-cranianas: S () N () Fratura Pelve: S () N ()
Lesões intra-abdominais: S () N () Fratura em Gasa Longa: Pateada () Aberta ()

USO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS

Uso de álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()
História Alcool: () Alteração na Marcha () Sonolência/Apatia () Alteração no Humor ()
Uso de outras drogas: S () N () Informante: Vítima () Outros ()
Lsd () Maconha () Coca () Cocaina () Crack () Lsd () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()
Imobilização Torax-Gessada: S () N ()
Antidoto: S () N () Específico: _____
Oxigenoterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()
Aspiração da Sangue e/ou secreções: S () N ()
Entubação Orotraqueal: S () N ()
Ventilação Mecânica: Modalidade: _____
PIO2: _____
Reanimação Cardíopulmonar: S () N ()
RX: S () N () Analgesia: S () N ()
Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____
Volume de Fluidos Infundido: _____
Outras Condutas: _____
Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Fratura de fêmur direito
Fratura de fêmur esquerdo

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: _____ Hora: _____
Médico Regulator: _____
Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

28/01/2020
Local e data

Médico Assistente

