



10/03/2020

Número: **0005163-26.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **30/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS (AUTOR)		Roselane Maria Barbosa da Silva (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59005742	10/03/2020 13:26	2697349_CONTESTACAO_PROTOCOLADA_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 11ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00051632620208172001

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

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresa seguradora com sede à Av. Marques de Olinda, 175 - Bairro do Recife - Recife - PE - CEP: 50030-000, inscrita no CNPJ sob o número 33.054.826/0001-92 e **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 **JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS**, 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 **13/04/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 06/05/2019.

Cumprе esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

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, CPC³.

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

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³"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)



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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **13/04/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº



6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, 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.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

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.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, 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 ao Autor, 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 em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

⁴ 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.

⁵ **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.”



DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

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 citação⁷.

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 ação⁸.

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.

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.

⁶ "PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**" (TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷ "SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

⁸ art. 1º. (...)

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



CONCLUSÃO

Considerando a sua criação com a única finalidade de atuar como administradora do Seguro Obrigatório DPVAT, requer a substituição do pólo passivo para que passe constar a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT.

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial 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, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que 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, 18 de fevereiro de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE



QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo 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/PE 4246, **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 **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS**, em curso perante a **11ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00051632620208172001.

Rio de Janeiro, 18 de fevereiro 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





10/03/2020

Número: **0005163-26.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **30/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS (AUTOR)		Roselane Maria Barbosa da Silva (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59005743	10/03/2020 13:26	ANEXO 1	Outros (Documento)



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Jose Adilson Nobre dos Santos
DATA DO ACIDENTE 23/04/2019 CPF DA VITIMA 058.822.354-09
PORTADOR DO DOCUMENTO Boletim de Ocorrência - B.O. 914.914
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARANTESCO COM
A VITIMA Procurador
ENDEREÇO DO PORTADOR R. Benedito de Brito
Nº 288 COMPLEMENTO Casa BAIRRO Paulista
CIDADE Aracaju de Sergipe UF SE CEP 56800-000
E-MAIL afelias@nobre.com.br TELEFONE (R.A.) 959532-7089

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

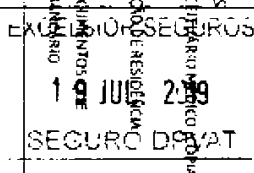
- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXIBIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() VALIDO DO IMI (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O VALIDO DO IMI - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE VALIDO DO IMI (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CÉDULO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS 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 DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUE REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 18 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXIBIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VITIMA (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, QUIMICAS E OUTRAS (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() NOTAS FISCAS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIAS, ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEIVO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CÉDULO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS 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 VITIMA MENOR DE 18 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
• MORTE = R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO 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 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190438308

Cidade: Monteiro

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS

Data do acidente: 13/04/2019

Seguradora: CENTAURO VIDA E
PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA ESQUERDA

Descrição do exame físico: EM TRATAMENTO (OSTEOMIELITE AGUDA)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
EVOLUINDO COM OSTEOMIELITE AGUDA
EM TRATAMENTO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Data do exame físico: 12/11/2019

Conduta mantida: Sim

Observações: VÍTIMA EM TRATAMENTO, MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR. HÁ QUE SE AGUARDAR A ALTA MÉDICA DEFINITIVA APÓS TEREM SIDO ESGOTADOS TODOS OS TRATAMENTOS, INCLUSIVE OS FISIOTERÁPICOS. REAVALIAR EM 60 DIAS

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: 3190438308

Cidade: Monteiro

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS

Data do acidente: 13/04/2019

Seguradora: CENTAURO VIDA E
PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA ESQUERDA

Descrição do exame físico: EM TRATAMENTO (OSTEOMIELITE AGUDA)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
EVOLUINDO COM OSTEOMIELITE AGUDA
EM TRATAMENTO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Data do exame físico: 12/11/2019

Conduta mantida: Sim

Observações: VÍTIMA EM TRATAMENTO, MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR. HÁ QUE SE AGUARDAR A ALTA MÉDICA DEFINITIVA APÓS TEREM SIDO ESGOTADOS TODOS OS TRATAMENTOS, INCLUSIVE OS FISIOTERÁPICOS. REAVALIAR EM 60 DIAS

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: 3190438308

Cidade: Monteiro

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS

Data do acidente: 13/04/2019

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURAS COMINUTIVAS DA TÍBIA E DA FÍBULA ESQUERDA. P1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. P7/20
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190438308

Cidade: Monteiro

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS

Data do acidente: 13/04/2019

Seguradora: CENTAURO VIDA E
PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DA TÍBIA E DA FÍBULA ESQUERDAS. P1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE. P7/20
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos
complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190438308

Cidade: Monteiro

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS

Data do acidente: 13/04/2019

Seguradora: CENTAURO VIDA E
PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DA TÍBIA E DA FÍBULA ESQUERDAS. P1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. P7/20
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: @1SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS, brasileiro, solteiro, professor, residente e domiciliar no sítio caroá nº 770 bairro zona rural -IGUARACY -PE CEP 56840-000, portador do RG Nº 8814334 SDS/PE e CPF 098.822.934-09.

Outorgado: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA, brasileira, estado civil casada, profissão autônoma, residente e domiciliado à Rua Henrique dias, nº 288, bairro centro AFOGADOS DA INGAZEIRA, Estado de PE CEP. 56.800.000, portadora do RG 2761780 SDS / PE e CPF nº 589.391.134-20

Por este instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado (a) seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do consócio seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS (a) ocorrido em 13/04/2019, conforme registro pelo B.O anexo ao processo..

Podendo dito (a) procurador (a), representar o (a) outorgante como se o (a) próprio (a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar declarações de endereço, assinar autorização de pagamento /credito de indenização de sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da indenização de sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

IGUARACY-PE, 10/05/2019.



OUTORGANTE Jose Adelman Nobre dos Santos



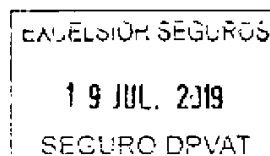
CARTÓRIO UMBERTO GOMES
Praça Monsenhor Alfredo de Arruda Câmara, 187 - Centro
CEP: 56800-000 - Afogados da Ingazeira (PE).
Tel.: (87) 3838.3303 | e-mail: cartorioumbertogomes@gmail.com

Reconheço Por Autenticidade a firma de JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS e dou fé. Em testemunho da verdade. Enrol. RS 3,39, TSNR RS 0,80, FERC RS 0,40 FERM RS 0,04 e FUNSEG RS 0,08, ISS: 0,20. Selo: 0150599.QRL03201901.02662 Consulte autenticidade em: 13/05/2019 11:31 - ANNA KARLA GOMES PATRIOTA - Escrevente

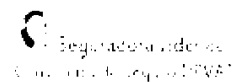


Anna Karla Gomes Patriota
Escrevente Substituto

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0246010/19

Vítima: JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS

CPF: 098.822.934-09

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 13/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA : 589.391.134-20

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

JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS : 098.822.934-09

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/07/2019
Nome: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA
CPF: 589.391.134-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

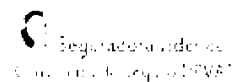
Data do cadastramento: 19/07/2019
Nome: SIMONE BARBOSA CORREIA
CPF: 026.826.254-36

HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA

SIMONE BARBOSA CORREIA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0246010/19

Número do Sinistro: 3190438308

Vítima: JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS

CPF: 098.822.934-09

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 13/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE ADELMO NOBRE
DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/10/2019
Nome: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA
CPF: 589.391.134-20

HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA





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, 24 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190438308

Vítima: JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS

Data do Acidente: 13/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS

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 14618769





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, 31 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190438308 **Vítima:** JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS

Data do Acidente: 13/04/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00213/00214 - carta_02 - INVALIDEZ

00060107



Carta nº 1464095





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, 04 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190438308 **Vítima: JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS**

Data do Acidente: 13/04/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS

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. 01571/01572 - carta_02 - INVALIDEZ

00050786



Carta nº 15057343





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

Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190438308 Vítima: JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS

Data do Acidente: 13/04/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 12/11/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 00077/00078 - carta_09 - INVALIDEZ

00060039



Carta nº 15106602



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **098.822.934-09** Nome completo da vítima: **JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: **JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS** CPF: **098.822.934-09**
Profissão: _____ Endereço: **SITIO CAROÁ** Número: **770** Complemento: **CASA**
Bairro: **ZONA RURAL** Cidade: **IGUARACY** Estado: **PE** CEP: **56840-000**
E-mail: **AFOFARDAS.HELENITA@HOTMAIL.COM** Tel.(DDD): **87-99912-9089**

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

RENDA MENSAL:
☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: **3315** **013** CONTA: **23438** **1** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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 (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (va/nascitros)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal, por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **10/05/2019 IGUARACY-PE**

Nome: **JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS**

CPF: **098.822.934-09**

TESTEMUNHAS

1ª Nome: **FADELSON SEGUNDO**

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

3ª Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Jose Adeldo Nobre dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

LAPELONIA DE JORNO

19 JUL 2019

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE 10509.

FPS.001 V001/2018



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
14ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE POLÍCIA DE
Rua Maria Salete de Almeida Nunes, nº 67 - Centro - MONTEIRO - PB - 58500-000 - (83) 3351-2147

OCORRÊNCIA Nº 000470/19

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000470/19 registrada em 06/05/2019, que passo a transcrever na íntegra. Aos seis dias do mês de maio do ano de 2019, nesta cidade de MONTEIRO - PB, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE POLÍCIA DE MONTEIRO/PB, quando encontrava-se presente o Bel PAULO ENIO RABELO DE VASCONCELOS FILHO, Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 10:11 horas, compareceu o Sr. JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS, com 28 anos de idade, filho de DAVI BALBINO DOS SANTOS e IRACI MARIA NOBRE DOS SANTOS, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de MONTEIRO - PB - PB, Solteiro, escolaridade Superior Completo, profissão PROFESSOR, portador da Cédula de Identidade Nº 8814334 expedido pela SSP-PE, com C.P.F. de Nº 09882293409, residindo à rua SITIO CARUA, bairro ZONA RURAL, na cidade de IGUARACI PE - PE, celular 87.8866.2136.

Declarou que:

Informa o declarante que no dia 13/04/2019, por volta das 10:30 horas, conduzia sua motocicleta na estrada de terra do Sítio Tingui, neste município, quando em dado momento foi desviar de um buraco na estrada, colidiu com a moto em uma barreira e acabou caindo da mesma; Que devido a queda o declarante sofreu uma lesão grave na perna esquerda e foi socorrido pelo senhor Geneci Sabino da Silva que chegou no local minutos após o acidente, que o senhor Geneci tratou de ligar para o SAMU mas a ligação estava ruim e não atendeu, sendo que o senhor Geneci colocou o declarante em um carro e pediu para deixá-lo no Hospital Santa Filomena em Monteiro/PB; Que chegando ao mencionado Hospital foi imediatamente atendido por volta das 12:19 horas, foi medicado e colocado uma tala em sua perna; Que como o declarante reside no Estado de Pernambuco, solicitou uma ambulância de Afogados da Ingazeira/PE, que lhe conduzia para o Hospital Regional Emilia Câmara em Afogados da Ingazeira/PE, onde ficou internado por três dias e foi colocado uma tala de gesso em substituição da tala de plástico colocada anteriormente; Que no dia 16/04/2019 para o Centro Hospitalar Dr. José Evóide de Moura em Afogados da Ingazeira/PE, onde ficou internado para realização de cirurgia da perna, tendo como diagnóstico Pré-Operatório "Fratura de Tibia Esquerda" recebendo alta no dia 17/04/2019, ainda encontrando-se fazendo uso de muletas; Que é devidamente habilitado para conduzir motocicletas; Que a motocicleta envolvida no acidente a qual o declarante estava conduzindo é da marca Honda/CG 150 Titan, ano/mod. 2009/2009, cor cinza, placa KKG-9035/PE, chassi 9C2KC15209R023585, licenciada em nome do declarante; Que registra esta ocorrência para requerer o Seguro DPVAT. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou fé

MONTEIRO - PB, Segunda-feira, 6 de Maio de 2019

Jose Adelmo Nobre dos Santos

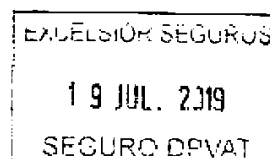
JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS

Declarante

Lidio Bezerra de Freitas

LIDIO BEZERRA DE FREITAS

Escrivão



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **098.822.934-09** Nome completo da vítima: **JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: **JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS** CPF: **098.822.934-09**
Profissão: _____ Endereço: **SITIO CAROÁ** Número: **770** Complemento: **CASA**
Bairro: **ZONA RURAL** Cidade: **IGUARACY** Estado: **PE** CEP: **56840-000**
E-mail: **AFOFARDAS.HELENITA@HOTMAIL.COM** Tel.(DDD): **87-99912-9089**

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

REDA MENSAL:
☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **3315** **013** CONTA: **23438** **1** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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 (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro(s) (se nasceu)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal, por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **10/05/2019 IGUARACY-PE**

Nome: **JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS**

CPF: **098.822.934-09**

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

FAELSIOR SEGUROS

19 JUL 2019

Assinatura
SEGURO DPVAT

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x **Jose Adeldo Nobre dos Santos**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

LAELSON DE SOUZA

19 JUL 2019

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

FPS.001 V001/2018

Registro: 3467 Nome: JOSE ADELMO DOS SANTOS Data de nasc.: 20/10/90
Médico solíc.: A HREC CRM: 2012

Data do atend.: 13/04/2019 Hora: 20:56

CONSULTA ORTOPÉDICA

Anamnese Médica / Evolução Clínica:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM QUEIXA DE DOR EM PERNA E PÉ ESQUERDO. NEGA SÍNCOPE, VÔMITOS.

PACIENTE EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS.

AO EXAME> BEG, ORIENTADO, CONSCIENTE, EUPNEICO, AAA

AUSENCIA DE DOR A PALPAÇÃO DA APNTURRILHA E A DORSOFLEXÃO DOS DEDOS.

Exame Físico:

BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, AAA

DOR A PALPAÇÃO/MANIPULAÇÃO DA PERNA ESQUERDA EM SEU 1/3 DISTAL ASSOCIADO A PRESENÇA DE EMPASTAMENTO DA PANTURRILHA.

AUSENCIA DE DOR A PALPAÇÃO DA PANTURRILHA E A DORSOFLEXÃO DO PÉ.

ADM DIMINUÍDA

NRV PRESERVADO

PRESENÇA DE EDEMA E ESCORIAÇÃO NO PÉ ESQUERDO.

Resultados de Exames:

RX>FRATURA COMINUTA TÍBIA/FÍBULA ESQUERDA.

Conduta:

ANALGESIA

ORIENTAÇÕES

TALA INGUÍNO MALEOLAR

OBSERVAÇÃO DEVIDO EDEMA INTENSO DA PANTURRILHA

14/04/2019

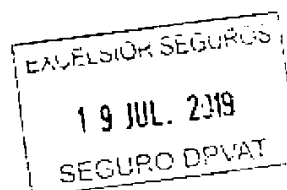
PACIENTE EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS, ENCAMINHO PARA SERVIÇO DE ORIGEM PARA AGUARDAR REGULAÇÃO PARA CIRURGIA, CONFORME ORIENTAÇÃO DA DIREÇÃO DESTA HOSPITAL.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S822 FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA | COM OU SEM MENÇÃO DE FRATURA DA PERÔNIO [FÍBULA]

Óbito: Não


Dr. EUGENIO PERICLES MUNIZ FERREIRA
CRM: 20410



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03315

CONTA: 000000023438-1

Nr. da Autenticação A58487A83E361226



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.335.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



CELPE
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-9167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE JOSÉ ADELMO NOBRE DOS SANTOS CPF: 038.922.934-09	DATA DE VENCIMENTO 18/04/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 22,51	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 11/04/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 11/04/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 057830870	CONTA CONTRATO 007007759945 Nº DO CLIENTE 2011564064 Nº DA INSTALAÇÃO 0005421758
	CLASSIFICAÇÃO B2 RURAL - AGROPECUÁRIA RURAL Monofásico		
RESERVADO AO FISCO 3225.C367.6F70.3FD7.2424.464D.0DB1.58A4			

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI CAROA 770
RURAL/JABITACA
56840-000 IGUARACI PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos, se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	57,00	0,39494807	22,51
TOTAL DA FATURA 22,51			

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTÊ.

Vencido	De Receb	Valor
22/03/19	11/04/19	22,74

Este comprovado NÃO substitui o extrato de débitos anteriores e NÃO contém débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois meses de fato, poderá ocorrer o cancelamento do contrato, podendo também ocorrer cobrança conforme os critérios definidos no Art. 88, RES 414/2010. Podem ocorrer após de cobrança, além com inclusão nos registros de restrições de crédito SP e SERASA.

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO	kWh
Consumo Ativo(kWh)	ABR 19	57
	MAR 19	54
	FEV 19	71
	JAN 19	60
	DEZ 18	71
	NOV 18	56
	OUT 18	51
	SET 18	53
	AGO 18	50
	JUL 18	50
	JUN 18	50
	MAI 18	54
	ABR 18	72

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO							
RS	%	RS	%	RS	%	RS	%
Geração de Energia	9,30	41,33					
Transmissão	1,36	6,13					
Distribuição (Celpe)	8,44	38,95					
Encargos Setoriais	1,62	7,37					
Tributos	1,80	7,91					
Perdas de Energia	2,53	11,42					
TOTAL	22,51	100					

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS							
ICMS		PIS		COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%
0,00		0,00	22,51	1,35	0,30	22,51	6,21
							1,38

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	MP	CONSTANTE	ALÍQUOTA	CONSUMO kWh		
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
0000000301171541	CAT	14/03/2019	5.562,00	11/04/2019	5.619,00	70	1,00000	0,38	57,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 13/05/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APROXIMADO	RETA MENSAL	RETA TRIMESTRAL	RETA ANUAL
fev/2019					
DIC No. de horas sem Energia	APOGADOS DA FIC No. de vezes sem Energia	2,53	11,45	22,90	45,80
	INHAZIERIA	1,00	7,07	15,34	30,69
DIC No. duração máxima de interrupção contínua		2,53	4,29	9,30	0,00
DIC No. duração de interrupção em dia útil					Linha DIC No. 16,60
EURO-Valor do Enlargo de Uso - R\$ 10,98					
Todo Consumidor pode solicitar a suspensão dos indicadores DIC FIC, DCM e DCM e qualquer tempo					

NÍVEL DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! Prestadores de serviços: rua na santana n. 16 centro / rosalia da silva rios e cia ltda e na santana 18 centro. Lista completa em www.celpe.com.br.

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 7% (Resolução ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prox. mês letição do ICMS conforme Art. 9, XLVIII, 4, do RICMS PE.

Desconto incondicional pela Aplicação da Tarifa B2 RURAL - R\$ 9,43.

O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o cancelamento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorreu a suspensão.

DESTAQUE AQUÍ

CONTA CONTRATO 007007759945	MÊS/ANO 04/2019	TOTAL A PAGAR(R\$) 22,51	VENCIMENTO 18/04/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar a penhora ou tasular. Este canhoto será usado em leitora ótica.
--------------------------------	--------------------	-----------------------------	--------------------------	---

838600000000 225100110078 007759945109 138435451735



ATTESTAÇÃO MECÂNICA 19 JUL 2019 SEGURO DPVAT
--

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111 | Boa Vista | Recife - PE CEP 50050-602
CNPJ: 10.258.807/0001-03 | Ins. Est. 0003943-53 | www.celpe.com.br

FLA HENRIQUEZ ET AL. 2009

CENTRAL INFORMATION BUREAU
AFRICAN DEVELOPMENT
5880-000

4416 4516 5016

7008375172 08/2019

21/08/2019	15/07/2018
------------	------------

210.1

	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.
Consumo Alvo(MWH)	214,0030000	3,74103619
Adesão ao Bloco da ANA/PELA		
Contrato com Pólice Municipal		
ICMS Subvenção-CDE-NF 064517239-1400416		
ICMS Subvenção-CDE-NF 058155382-1504118		
Multa por atraso-NF 058155392-1504119		
Multa por atraso-NF 061848020-1505419		
Juros por atraso-NF 061848020-1505419		
Juros por atraso-NF 058155392-1504119		
Atualização ICMS-NF 061848020-1505419		
Atualização ICMS-NF 061848020-1505419		

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO RECORDOR	TPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	COMISSÃO	AJUSTE	COMO
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
73330	CA	15/01/79	11.22.00	15/01/79	11.44.00	28	1.0000		

[illegible][illegible]

Regenerazione e sviluppo di nuove cellule e tessuti. L'attività di questo sistema è regolata da fattori genetici e ambientali. La disfunzione di questo sistema può portare a malattie come il cancro e la sclerosi multipla.

EXCELSIOR SEGUROS

19 JUL. 2319

SEGURO DPVAT

EMPRESA	VALOR LÍQUIDO DE FÓRMAS	LÍQUIDO GERAL	LÍQUIDO TRIBUTÁRIO	LÍQUIDO BANCAL	RENTES DE TERMO	
					TERMO GERAL (R)	LÍQUIDO DE TERMO BANCAL
ABC	100	600	100	100	100	200
DEF	100	100	100	100	100	200
XYZ	100	100	100	100	100	200

© 2005 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 258: 103–110

CONTRA CONTRATO	MES/AÑO	FECHA DE VENCIMIENTO	TOTAL A PAGAR (PES)
7064375172	06/2019	21/08/2019	21

83880000002-0 10910011007-0 00837517210-1 1403193740





Registro: 3467 Nome: JOSE ADELMO DOS SANTOS Data de nasc.: 20/10/90
Médico solíc.: A HREC CRM: 2012

Data do atend.: 13/04/2019 Hora: 20:56

CONSULTA ORTOPÉDICA

Anamnese Médica / Evolução Clínica:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM QUEIXA DE DOR EM PERNA E PÉ ESQUERDO. NEGA SÍNCOPE, VÔMITOS.

PACIENTE EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS.

AO EXAME> BEG, ORIENTADO, CONSCIENTE, EUPNEICO, AAA

AUSENCIA DE DOR A PALPAÇÃO DA APNURRILHA E A DORSOFLEXÃO DOS DEDOS.

Exame Físico:

BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, AAA

DOR A PALPAÇÃO/MANIPULAÇÃO DA PERNA ESQUERDA EM SEU 1/3 DISTAL ASSOCIADO A

PRESENÇA DE EMPASTAMENTO DA PANTURRILHA.

AUSENCIA DE DOR A PALPAÇÃO DA PANTURRILHA E A DORSOFLEXÃO DO PÉ.

ADM DIMINUÍDA

NRV PRESERVADO

PRESENÇA DE EDEMA E ESCORIAÇÃO NO PÉ ESQUERDO.

Resultados de Exames:

RX>FRATURA COMINUTA TÍBIA/FÍBULA ESQUERDA.

Conduta:

ANALGESIA

ORIENTAÇÕES

TALA INGUINO MALEOLAR

OBSERVAÇÃO DEVIDO EDEMA INTENSO DA PANTURRILHA

14/04/2019

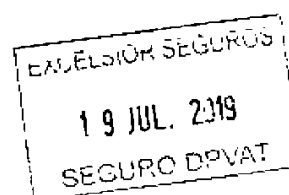
PACIENTE EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS, ENCAMINHO PARA SERVIÇO DE ORIGEM PARA AGUARDAR REGULAÇÃO PARA CIRURGIA, CONFORME ORIENTAÇÃO DA DIREÇÃO DESTA HOSPITAL.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S822 FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA | COM OU SEM MENÇÃO DE FRATURA DA PERÔNIO [FÍBULA]

Óbito: Não

Dr. EUGENIO PERICLES MUNIZ FERREIRA
CRM: 20410

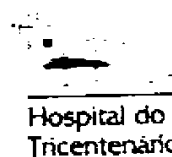




Pernambuco



Sistema
Único
de Saúde



Registro: 3467 Nome: JOSE ADELMO DOS SANTOS Data de nasc.: 20/10/90
Médico solíc.: A HREC CRM: 2012

Data do atend.: 13/04/2019 Hora: 20:56

CONSULTA ORTOPÉDICA

Anamnese Médica / Evolução Clínica:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM QUEIXA DE DOR EM PERNA E PÉ ESQUERDO. NEGA SÍNCOPE, VÔMITOS.

PACIENTE EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS.

AO EXAME> BEG, ORIENTADO, CONSCIENTE, EUPNEICO, AAA

AUSENCIA DE DOR A PALPAÇÃO DA PANTURRILHA E A DORSOFLEXÃO DOS DEDOS.

Exame Físico:

BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, AAA

DOR A PALPAÇÃO/MANIPULAÇÃO DA PERNA ESQUERDA EM SEU 1/3 DISTAL ASSOCIADO A PRESENÇA DE EMPASTAMENTO DA PANTURRILHA.

AUSENCIA DE DOR A PALPAÇÃO DA PANTURRILHA E A DORSOFLEXÃO DO PÉ.

ADM DIMINUÍDA

NRV PRESERVADO

PRESENÇA DE EDEMA E ESCORIAÇÃO NO PÉ ESQUERDO.

Resultados de Exames:

RX>FRATURA COMINUTA TÍBIA/FÍBULA ESQUERDA.

Conduta:

ANALGESIA

ORIENTAÇÕES

TALA INGUINO MALEOLAR

OBSERVAÇÃO DEVIDO EDEMA INTENSO DA PANTURRILHA

14/04/2019

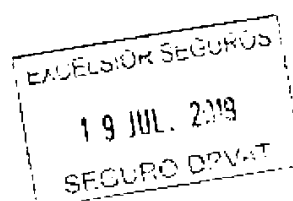
PACIENTE EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS, ENCAMINHO PARA SERVIÇO DE ORIGEM PARA AGUARDAR REGULAÇÃO PARA CIRURGIA, CONFORME ORIENTAÇÃO DA DIREÇÃO DESTA HOSPITAL.

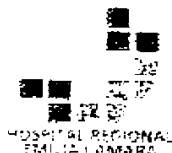
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S822 FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA | COM OU SEM MENÇÃO DE FRATURA DA PERÓNEO (FÍBULA)

Óbito: Não

Dr. EUGENIO PERICLES MUNIZ FERREIRA
CRM: 20410





Pernambuco



SUS



HOSPITAL REGIONAL
EMÍLIA CÂMARA



Pernambuco



SUS



HOSPITAL REGIONAL
EMÍLIA CÂMARA

NOME: JOSE ADELMO DOS SANTOS
DATA: 13/04/2019

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

ECG + RISCO CIRÚRGICO

HD>FRATURA DIÁFISE TÍBIA ESQUERDA

Dr. EUGENIO PERICLES MUNIZ FERREIRA
CRM : 20410

HOSPITAL REGIONAL EMÍLIA CÂMARA

Rua Manoel Virgílio Sobrinho, 156 - 238 - Pe. Pedro Pereira - Afogados da Ingazeira-PE
CEP: 56800-000 - CNPJ: 10.583.920/0010-24 Fone: (87) 3838-8868 - www.hrec.org.br

HOSPITAL REGIONAL EMÍLIA CÂMARA

Rua Manoel Virgílio Sobrinho, 156 - 238 - Pe. Pedro Pereira - Afogados da Ingazeira-PE
CEP: 56800-000 - CNPJ: 10.583.920/0010-24 Fone: (87) 3838-8868 - www.hrec.org.br





Centro Hospitalar Dr. José Evóide de Moura

FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro nº _____
Data: ____/____/____
Hora: ____:____:____

ENFERMARIA

NOME _____

SEXO _____

NATURALIDADE _____

ENDEREÇO _____

CIDADE _____

Nº DOCUMENT _____

PRONTUÁRIO: 00155781
NOME: JOSE ADELMO MOREIRA DOS SANTOS
SOLTEIRO CARLA, Nô
NATURAL: ZONA RURAL
CID: AGRAÇA-PE
Nasc: 20/10/1990 Idade: 28 Anos, o Meses
Mãe: IRACI MARIA MOREIRA DOS SANTOS
Pai: DANI BALDINO DOS SANTOS
Profissão: PROFESSOR
Unidade: POSTO D'CURUGUA
Serviço: CLÍNICA CIRÚRGICA DE HOMEN
Médico: FRANCISCO ERLANDO DE MELLO JUNIOR
C.N.S:

REGISTRO: 00232940
SEXO: MASculino
EST. CIVIL: SOLTEIRO(A)
DEP: 56.840-000
FONE: 87-991049502

Convênio: PARTICULAR
D. Inter.: 16/04/2019 às 12:01
Ent.:
CRM: 15940
Carteira:

CIVIL

4/

PAI _____

MÃE _____

Nº DOCUMENTO CPC. 092.822.934-09

FONE _____

INTERNADO POR ORDEM DE Dr. Francisco

ASS DO MÉDICO - CRM

LOCAL DO ACIDENTE _____

DATA _____

HORA _____

NATUREZA DO ACIDENTE

☐ CASUAL
☐ QUEDA
☐ ACIDENTE DE TRABALHO
☐ ACIDENTE DE TRANSITO

☐ INTOXICAÇÃO
☐ AGRESSÃO
☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO
☐ OUTRAS CAUSAS

☐ CLÍNICA

☒ CIRÚRGICO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO _____

PRESSÃO ARTERIAL _____

MX _____

NN _____

PULSO _____

BPM _____

TEMPERATURA _____

°C _____

PELO _____

QUEIXA PRINCIPAL

Paciente rotura tendão na perna E, com
E, com dores, edema e hiperemia

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Hiperemia na perna E, com
hipotensão funcional

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM



EXAME FÍSICO

Inspeção

Palpação

Ausculta

Hipótese Diagnóstica:

Fratura do Tíbio E.

Alta

Condições de Alta

Curado

Tempo de Permanência Hospitalar _____ dias

Melhorando

Óbito em

Motivo

Inalterado

Hora

Decisão Médica

Piorado

+ 48 Horas

Alta Pedida

Óbito

- 48 Horas

Transferência

Transferido para

Indisciplina

Diagnóstico definido

Fratura do Tíbio E.

Tratamento

Redução aberta + osteossíntese.

Diagnóstico anátomo-Paratológico

Data

17/04/19

Ass. do Médico - CRM

e Carimbo ou Nome do Médico em letra de forma



FICHA DE ANESTESIA

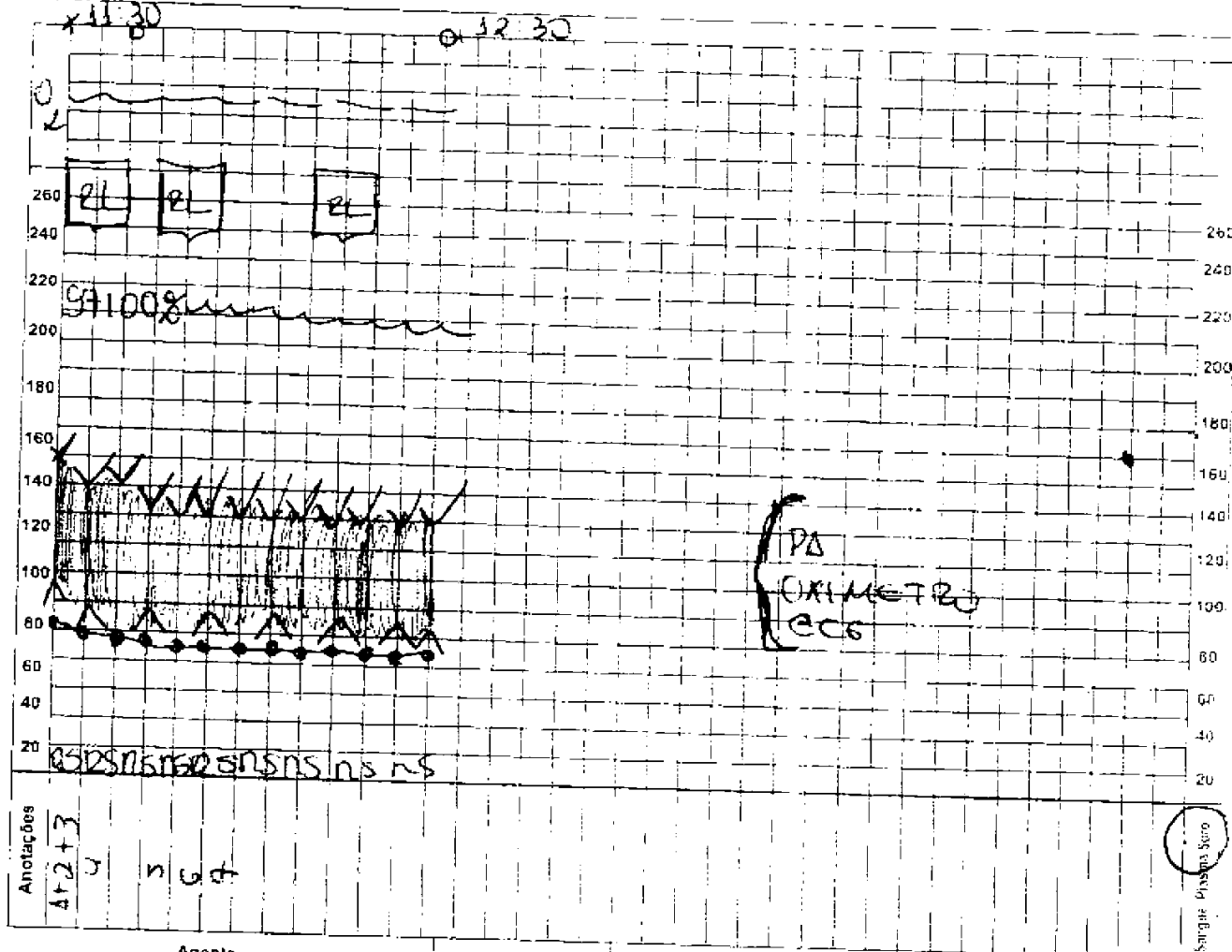
Nome: João Márcio Nolasco Farias

Data: 16, 04, 79.

Premedicação: _____

Hora: _____

Hor: _____



- Agente
- 1 Midazolam
 - 2 N2O isobarica
 - 3 Dimerol
 - 4 Ceftazidima
 - 5 Naloxona
 - 6 Dipirona
 - 7 Terbutalina
 - 8 Eufedrina 01 Amp
 - 9 Atropina 02 Amp

Quant

- 5mg
- 12.5mg
- 0.45mg
- 2g
- 8mg
- 300
- 40mg
-
-

Técnica e Tipo de Anestesia

Requisito anestesia med. Amples

13/4 Ag. Contante 80 x 27. Lck

Impedido

Cond. no final da Op.: _____ Resultado BRM Consciência: _____

Observação: _____

Assinatura do Anestesiologista

[Assinatura]

[Assinatura]





Relatório de Operação

Paciente: José Helena Nobre Santos.
Classe: Traumatologia
Operador: Francisco E. Melo Jr.
Assistente: Leício
Data: 16/04/19
Diagnóstico: Fratura de Tibia E.
Procedimento: O resumo.
Resumo: Resumo eumento + osteossintese.

Descrição do Ato Operatório

- 1- Paciente em DDH sob anestesia.
- 2- Anestesia + antiseptia + campo estéril.
- 3- Incisão na face interna-lateral da perna E, dissecção para expor a fratura de Tibia E.
- 4- Realizada redução eumento + osteossintese com fixador interno de tibia.
- 5- Sutura da incisão.
- 6- Curativo compressivo.





CENTRO HOSPITALAR DR. JOSÉ EVÓIDE DE MOURA

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome do Paciente *José Saulino Nobre Lantor* Registro Nº *155781*
Clínica *Imunotologia* Data *16/04/19* Hora *17h*

DATA HORA
16/04/19

EVOLUÇÃO

*HD: Fratura da 2ª E.
Perda de massa óssea +
osteomielite.*

CD: Solicito RX controle.

17/04/19

*7º DPV
Paciente evolui bem, sem dor
RX controle com boa
guarnição*

CD: Alta hospitalar





CASA DE SAÚDE DR. JOSÉ EVÓDIO DE MOURA

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. Identificação

Nome: **Marcelino Lima dos Santos**

Data de nascimento: **16/04/2019**

Idade: **1:03**

Sexo: **38**

CPF: **232940**

2. Queixa principal e História da doença atual

fratura de fêmur

3. Diagnóstico inicial

Diagnóstico: **fratura de fêmur**

4. Antecedentes Pessoais

Doenças crônicas: **nenhuma**

Doenças agudas: **nenhuma**

Doenças infecciosas: **nenhuma**

Doenças oncológicas: **nenhuma**

Doenças neurológicas: **nenhuma**

Doenças cardiovasculares: **nenhuma**

Doenças respiratórias: **nenhuma**

Doenças gastrointestinais: **nenhuma**

Doenças ginecológicas: **nenhuma**

Doenças urológicas: **nenhuma**

Doenças dermatológicas: **nenhuma**

Doenças oftálmicas: **nenhuma**

Doenças otorrinolaringológicas: **nenhuma**

Doenças endócrinas: **nenhuma**

Doenças reumáticas: **nenhuma**

Doenças hematológicas: **nenhuma**

Doenças imunológicas: **nenhuma**

Doenças infecciosas: **nenhuma**

Doenças oncológicas: **nenhuma**

Doenças neurológicas: **nenhuma**

Doenças cardiovasculares: **nenhuma**

Doenças respiratórias: **nenhuma**

Doenças gastrointestinais: **nenhuma**

Doenças ginecológicas: **nenhuma**

Doenças urológicas: **nenhuma**

Doenças dermatológicas: **nenhuma**

Doenças oftálmicas: **nenhuma**

Doenças otorrinolaringológicas: **nenhuma**

Doenças endócrinas: **nenhuma**

Doenças reumáticas: **nenhuma**

Doenças hematológicas: **nenhuma**

Doenças imunológicas: **nenhuma**

Doenças infecciosas: **nenhuma**

Doenças oncológicas: **nenhuma**

Doenças neurológicas: **nenhuma**

Doenças cardiovasculares: **nenhuma**

Doenças respiratórias: **nenhuma**

Doenças gastrointestinais: **nenhuma**

Doenças ginecológicas: **nenhuma**

Doenças urológicas: **nenhuma**

Doenças dermatológicas: **nenhuma**

Doenças oftálmicas: **nenhuma**

Doenças otorrinolaringológicas: **nenhuma**

Doenças endócrinas: **nenhuma**

Doenças reumáticas: **nenhuma**

Doenças hematológicas: **nenhuma**

Doenças imunológicas: **nenhuma**

Doenças infecciosas: **nenhuma**

Doenças oncológicas: **nenhuma**

Doenças neurológicas: **nenhuma**

Doenças cardiovasculares: **nenhuma**

Doenças respiratórias: **nenhuma**

Doenças gastrointestinais: **nenhuma**

Doenças ginecológicas: **nenhuma**

Doenças urológicas: **nenhuma**

Doenças dermatológicas: **nenhuma**

Doenças oftálmicas: **nenhuma**

Doenças otorrinolaringológicas: **nenhuma**

Doenças endócrinas: **nenhuma**

Doenças reumáticas: **nenhuma**

Doenças hematológicas: **nenhuma**

Doenças imunológicas: **nenhuma**

Doenças infecciosas: **nenhuma**

Doenças oncológicas: **nenhuma**

Doenças neurológicas: **nenhuma**

Doenças cardiovasculares: **nenhuma**

Doenças respiratórias: **nenhuma**

Doenças gastrointestinais: **nenhuma**

Doenças ginecológicas: **nenhuma**

Doenças urológicas: **nenhuma**

Doenças dermatológicas: **nenhuma**

Doenças oftálmicas: **nenhuma**

Doenças otorrinolaringológicas: **nenhuma**

NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

Necessidades de acompanhamento espiritual: **nenhuma**

Aceita visita para acompanhamento religioso: **nenhuma**

Religião: **nenhuma**

Práticas religiosas: **nenhuma**

Observações de enfermagem: **nenhuma**

Observações de enfermagem: **nenhuma**

Observações de enfermagem: **nenhuma**

Observações de enfermagem: **nenhuma**

Observações de enfermagem: **nenhuma**

Observações de enfermagem: **nenhuma**

Observações de enfermagem: **nenhuma**

Observações de enfermagem: **nenhuma**

Observações de enfermagem: **nenhuma**

Mayara Karine da Silva Moura
COREN-PE 561013-ENF

Assinatura

16/04/20





CENTRO HOSPITALAR DR. JOSÉ EVOIDE DE MOURA
J. Moura Soares Ltda. S/C
Rua Aparício Veras, 411 - Fones: (87) 3838-1304 / 1591 / 2452 / 1965 - CEP: 56.800-000 - Afogados da Ingazeira - PE
SISTEMATIZAÇÃO ASSISTÊNCIA ENFERMAGEM
SAE
CLÍNICA MÉDICA

CNPJ: 11.469.145/0001-52

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Jose Aulene - Almeida dos Santos SEXO: M
ENF.: apt 01 LEITO: 16 DATA: 16/04/19

DADOS VITAIS					DRENAGENS					NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	
HORARIO	12	18	24	06	HORARIO	12	18	24	06	() CONSCIENTE	() ALERTA
PA					DIURESE					() SEDADO	() SONOLENTO
T					SNG					() TORPOROSO	() COMATOSO
P					DRENO TORAX					() INCONSCIENTE	OUTROS
R					OUTROS						
SpO2					TOTAL						
HGT											

SISTEMA RESPIRATÓRIO

RESPIRAÇÃO	SUPOORTE VENTILATÓRIO	SECREÇÃO TRAQUEAL	VIA RESPIRATÓRIA
(X) EUPNEICO () DISPNEICO	(X) ESPONTÂNEAS () VM () CATETER O ₂ () VENTURI	() SIM (X) NÃO	() TRAQUEOSTOMIA

SISTEMA CARDIOVASCULAR

BATIMENTOS CARDIACOS	PULSO	PA	DROGAS VASOATIVAS	CATETER CENTRAL
(X) REGULAR () IRREGULAR	(X) NORMOSFIGMICOS () BRADISFIGMICO () TRAQUISFIGMICO	(X) NORMOTENSO () HIPERTENSO () HIPOTENSO	() SIM () NÃO TIPO:	VSC: D () E () VJ: D () E () PVC:

SISTEMA DIGESTIVO

ABDOMEN	DIETA	VACUAÇÕES	DRENAGEM ABDOMINAL
TIPO DE ABDOME (X) GLOBOSO () PLANO	RUIDOS HIDROAEREOS (X) PRESENTE () AUSENTE	(X) V.O. () SNE () SNG () PARENTERAL	(X) NORMAIS () CONSTIPAÇÃO () DIARRÉIA () MELENA
			() PENROSE () OSTOMIA () NENHUMA TIPO:

SISTEMA GENITO-URINÁRIO

DIURESE ESPONTÂNEA	SVD	GENITÁLIA ÍNTEGRA	ASPECTO DA URINA
(X) SIM () NÃO	() SIM (X) NÃO	(X) SIM () NÃO	(X) CONCENTRADA () LIMPIDA
			(X) CITRICO () COLÚRICA () HEMATURIA

AValiação DA PELE

FERIDA OPERATORIA			
☒ HIDRATADA ☐ DESIDRATADA ☐ NORMOCORADA ☐ HIPOCORADA	☒ ICTÉRICA ☒ ANICTÉRICA ☐ CIANOTICA ☐ EDEMACIADA ☐ HEMATOMA ☐ ESCORIADA	☐ FÚLCERA PI PRESSÃO LOCAL: _____ GRAU: _____	CURATIVOS ☒ SIM ☐ NÃO
		ASPECTO ☒ LIMPA ☐ INFECTADA	EXSUDATO ☐ PRESENTE ☐ AUSENTE ASPECTO _____

OSTEO ARTICULAR

IMOBILIZAÇÃO		PERFUSÃO MEMBRO IMOBILIZAÇÃO	
☒ SIM	LOCAL	☐ MSD	☐ NORMAL
☒ NÃO		☐ MSE	☐ CIANOTICO
		☒ MID	



NOME: Jose Adelfino macho dos Santos

- ☐ ALERGIA A _____
- ☒ ANSIEDADE
- ☐ COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
- ☐ CONFUSÃO AGUDA
- ☐ CONSTIPAÇÃO
- ☐ DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
- ☐ DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO/HIGIENE
- ☐ DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA HIGIENE ÍNTIMA
- ☐ DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA ALIMENTAÇÃO
- ☐ DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DAS VIAS AÉREAS
- ☒ DOR AGUDA
- ☐ DIARREIA
- ☐ EXCESSO DO VOLUME DE LÍQUIDO
- ☐ HIPOTERMIA
- ☐ HIPERTERMIA
- ☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
- ☐ INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
- ☐ MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
- ☐ MUCOSA ORAL PREJUDICADA
- ☐ NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS
- ☐ PADRÃO DO SONO PERTURBADO
- ☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
- ☐ PERFUSÃO TISSULAR PERIFÉRICA INEFICAZ
- ☐ PERFUSÃO TISSULAR RENAL INEFICAZ
- ☐ RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO
- ☐ RISCO PARA QUEDA
- ☒ RISCO PARA INFECÇÃO
- ☐ RISCO PARA ASPIRAÇÃO
- ☐ RISCO PARA DISFUNÇÃO NEUROVASCULAR PERIFÉRICA
- ☐ RISCO PARA TEMPERATURA CORPORAL DESILIBRADA
- ☐ RISCO DE PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
- ☐ RISCO PARA SÍNDROME DE DESUSO
- ☐ RISCO PARA NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS
- ☐ RISCO PARA VOLUME DE LÍQUIDO DESEQUILIBRADO
- ☐ RISCO PARA HIPOGLICEMIA E / OU HIPOGLICEMIA
- ☐ SÍNDROME DO DÉFICIT NO AUTOCUIDADO
- ☐ VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA
- ☐ VOLUME DE LÍQUIDO EXCESSIVO
- ☐ VOLUME DE LÍQUIDO DEFICIENTE
- OUTROS _____

Karina Karine da Silva Moura
COREN-PE 581013-ENF

ENFERMEIRO (A) : COREN-PE / CARIMBO





CENTRO HOSPITALAR DR. JOSE EVOIDE DE MOURA

J. Moura Soares Ltda. S/C
Rua Aparício Veras, 411 - Fones: (87) 3838-1304 / 1591 / 2452 / 1965 - CEP: 56.800-000 - Afogados da Ingazeira - PE

CNPJ: 11.469.145/0001-52

SISTEMATIZAÇÃO ASSISTÊNCIA ENFERMAGEM SAE

ENF	LEITO	DATA
	01	16/04/2019
NOME <u>JOSE WILLIAM AUREO DOS SANTOS</u>		
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		
X	REALIZAR LAVAGEM DAS MÃOS ANTES E APOS QUALQUER PROCEDIMENTO	ROTINA
X	RESPEITAR PRECAUÇÕES E USO DE EPI'S CONFORME ROTINA DA CCIH	ROTINA
X	EXPLICAR PROCEDIMENTOS ANTES DE REALIZA-LOS	ROTINA
X	MANTER PROCEDIMENTOS DATADOS, IDENTIFICADOS E FIXADOS	ROTINA
X	DIMINUIR RUÍDOS AMBIENTAIS E ILUMINAÇÃO A NOITE	ROTINA
X	ELEVAR GRADES LATERAIS DA CAMA	ROTINA
X	TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO CONFORME PROTOCOLO	ROTINA
X	ASSINAR E CARIMBAR TODOS REGISTROS DE ENFERMAGEM	ATENÇÃO
X	ADMINISTRAR MEDICAÇÕES E FLUIDOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA	ATENÇÃO
X	COMUNICAR SE TEMPERATURA $<35,8^{\circ}$ OU $>37,2^{\circ}$	ATENÇÃO
X	PROPORCIONAR AQUECIMENTO EXTERNO SE TEMPERATURA $<36^{\circ}\text{C}$ E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	REALIZAR COMPRESSAS FRIAS SE TEMPERATURA $>37,4^{\circ}\text{C}$ E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	CONSIDERAR PERDAS EXTRAORDINÁRIAS (FEBRE, VÔMITO, DIARRÉIA, DRENOS E SONDAS)	ATENÇÃO
X	OBSERVAR, ANOTAR E COMUNICAR FREQUÊNCIA NAUSEAS E VÔMITOS	ATENÇÃO
X	REGISTRAR FREQUÊNCIA DE EVACUAÇÕES E ASPECTO OU AUSÊNCIA E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	OBSERVAR E ANOTAR DÉBITO URINÁRIO E SUAS CARACTERÍSTICAS, COMUNICAR ALTERAÇÕES	ATENÇÃO
X	OBSERVAR E ANOTAR PADRÃO VENTILATORIO, COMUNICAR ALTERAÇÕES	ATENÇÃO
X	OBSERVAR EM EXTREMIDADES: CIANOSE, PERFUSÃO, TEMPERATURA, COMUNICAR ALTERAÇÕES	ATENÇÃO
X	OBSERVAR PRESENÇA DE EDEMA EM MMSS E MMII SE EDEMACIADOS ELEVA-LOS E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	OBSERVAR SINAIS DE DOR (TAQUICARDIA, HIPERTENÇÃO, DIAFORESE, TAQUIPNÉIA) E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	EM CASO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO FORA DO HORARIO PRESCRITO CHECAR N DO HORARIO E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	REGISTRAR REAÇÃO ADVERSA QUE O PACIENTE POSSA TER APOS MEDICAÇÃO E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	REALIZAR, OBSERVAR PRECISÃO DA INFUSÃO DE SOROS A CADA 3 HORAS	ATENÇÃO
X	REALIZAR E OBSERVAR SSVV DE 06/06 H	ATENÇÃO
	ASPIRAR SNG/SNE ANTES DE INSTALAR AS DIETAS, LAVAR SONDAS APOS A DIETA	
	ASPIRAR VASITOT/TRAQUEOSTOMO H E TOALETE BRÔNQUICA S N	
	COLOCAR / MANTER COLCHÃO CAIXA DE OVO E USAR BLOCOS DE ESPUMA PARA APOIO	
	COMUNICAR SE SPO ₂ $<92\%$	SECRETARIA DE
X	CONFERIR CUIDADOSAMENTE ENTRADA / SAÍDA NO BALANÇO HÍDRICO	ATENÇÃO
	CONTER MMSS E /OU MMII SE APRESENTAR AGITAÇÃO	
	HIDRATAR E MASSAGEAR PELE 03 X AO DIA E A CADA MUDANÇA DE DECÚBITO	
X	INSTALAR DIETA RIGOROSAMENTE NOS HORARIOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA / NUTRIÇÃO	ATENÇÃO
	INTERROMPER FLUXO DE DIETA DURANTE PROCEDIMENTOS	
	MANTER CABECEIRA ELEVADA A _____ GRAUS PARA REPOUSO, E _____ GRAUS PARA INFUSÃO	
	MINISTRAR OXIGENIOTERAPIA _____ L/M - UMIDIFICADA S/N	
X	OBSERVAR E ANOTAR COMPORTAMENTO NEUROLÓGICO, COMUNICAR ALTERAÇÕES	ATENÇÃO
	PROTEGER PROEMINÊNCIAS OSSEAS	
	REALIZAR CURATIVO _____ X AO DIA EM REGIÃO:	
	REALIZAR HGT DE _____ / _____ COMUNICAR SE HGT $<70\text{ MG/DL}$ OU HGT $>150\text{ MG/DL}$	
	REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO A CADA 02 HORAS	
	REALIZAR / AUXILIAR NA HIGIENE CORPORAL 01 X AO DIA E S/N	
	REALIZAR / AUXILIAR NA HIGIENE ORAL E OCULAR 02 X AO DIA	
	TROCAR AMBU A CADA 24 HORAS OU QUANDO NECESSÁRIO	
	TROCAR CIRCUITO DA LINHA ARTERIAL CONFORME PROTOCOLO	
	TROCAR UMIDIFICADOR/ FILTRO A CADA 07 DIAS OU QUANDO NECESSÁRIO HOJE: (SIM) (NÃO)	

ENFERMEIRO(A): COREN-PE / CARIMBO

Marya Karine da Silva Moura
COREN-PE 561013-ENF



NOME: José Adilson Vieira dos Santos

- ☐ ALERGIA A _____
- ☒ ANSIEDADE
- ☐ COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
- ☐ CONFUSÃO AGUDA
- ☐ CONSTIPAÇÃO
- ☐ DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
- ☐ DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO/HIGIENE
- ☐ DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA HIGIENE ÍNTIMA
- ☐ DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA ALIMENTAÇÃO
- ☐ DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DAS VIAS AÉREAS
- ☒ DOR AGUDA
- ☐ DIARRÉIA
- ☐ EXCESSO DO VOLUME DE LÍQUIDO
- ☐ HIPOTERMIA
- ☐ HIPERTERMIA
- ☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
- ☐ INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
- ☐ MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
- ☐ MUCOSA ORAL PREJUDICADA
- ☐ NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS
- ☐ PADRÃO DO SONO PERTURBADO
- ☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
- ☐ PERFUSÃO TISSULAR PERIFÉRICA INEFICAZ
- ☐ PERFUSÃO TISSULAR RENAL INEFICAZ
- ☐ RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO
- ☐ RISCO PARA QUEDA
- ☒ RISCO PARA INFECÇÃO
- ☐ RISCO PARA ASPIRAÇÃO
- ☐ RISCO PARA DISFUNÇÃO NEUROVASCULAR PERIFÉRICA
- ☐ RISCO PARA TEMPERATURA CORPORAL DESIQUILIBRADA
- ☐ RISCO DE PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
- ☐ RISCO PARA SÍNDROME DE DESUSO
- ☐ RISCO PARA NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS
- ☐ RISCO PARA VOLUME DE LÍQUIDO DESEQUILIBRADO
- ☐ RISCO PARA HIPOGLICEMIA E / OU HIPOGLICEMIA
- ☐ SÍNDROME DO DÉFICIT NO AUTOCUIDADO
- ☐ VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA
- ☐ VOLUME DE LÍQUIDO EXCESSIVO
- ☐ VOLUME DE LÍQUIDO DEFICIENTE
- OUTROS _____

Karina Karine da Silva Moura
COREN-PE 561013-ENF

ENFERMEIRO (A) / COREN-PE / CARIMBO



Casa de Saúde
Dr. José Ernildo de Moura
 Telefax: (87) 3838-1304 / 1591 / 2452
 1965 / 1063 / 2926 / 1701
 Celular: (87) 9947-0106 / 9658-1514

CENTRO MEDICO

EDSON MOURA
 Telefax: (87) 3838-1701
 9650-1514


Centro Diagnóstico Júnior Moura
 Telefax: (87) 3838-2926
 9943-0001


Farmácia Michelle
 Fone: (87) 3838-2636

Rua Aparício Varas, 411 - CEP: 56.800-000 - Centro - Afogados da Ingazeira - PE

ESPECIALIDADES

Ortopedia e Traumatologia
 Ginecologia e Obstetrícia
 Clínica Médica
 Pediatria
 Ortopedia
 Traumatologia
 Cardiologia
 Oftalmologia
 Dermatologia
 Urologia
 Cirurgia Plástica
 Cirurgia Vascular
 Cirurgia Buco-Maxilo
 Neurologia
 Otorrinolaringologia
 Psicologia
 Fisioterapia

EXAMES

Tomografia Computadorizada
 Ultra-Sonografia
 Densitometria Óssea
 Mamografia Digital
 Eletrocardiograma
 Ecocardiograma
 Teste Ergométrico
 Endoscopia Digestiva
 Laboratório
 Raio X Digital
 Eletroencefalograma
 Video Laparoscopia e Diagnóstica
 Cardiocardiografia Feta
 Histeroscopia Digital e Cirúrgica
 Laringoscopia
 Estudos urodinâmico
 Audiograma

RECEITUÁRIO

por Assessoria Robert

Política

- por Dr. YVES E

em APs respl.

30/04/19.


 Dr. Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
 CRM: 10.100.000-0





Prescrição Médica e Relatório de Enfermagem

Nome do Paciente: Jose Adelino Volante S.

1. hipótese Diagnóstica Ferret Wilso E.

Enfermaria:

Leito.

Registro N^o

HORA DE APLICAÇÃO DA MEDICAÇÃO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORA

DATA

- 1- *Picta lineata*
- 2- *SF. 091* - 7000d IV, 14 gtr / pair
- 3- *Cephalotina* 7g IV, 616 hr.
- 4- *Riparian* 7g IV, 616 hr.
- 5- *Latid* 7g IV, 1012 hr.
- 6- *Brown* 100 g + *SF. 091* - 7000d, IV,
- 7- *CC66* r 555 hr.

et princip

~~2/3~~

10/10

✓ 18

7

5

cinque

779104/19



Todas as anotações feitas devem ser rubricadas pelo responsável





Centro Hospitalar Dr. José Evóide de Moura

Registro nº _____

Data: ____/____/____

Hora: ____:____:____

FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

ENFERMARIA _____

LEITO Nº _____

Apel 03

NOME _____

SEXO _____

NATURALIDADE _____

ENDEREÇO _____

CIDADE _____

Nº DOCUMENT _____

PROFISSIONAL: 00155781

NOME: JOSE ABELINO NOBRE DOS SANTOS

END: SITIO CARLA, N.º 1

Bairro: ZONA RURAL

CID: ITAPACI-PE

Nasc: 20/10/1990 Idade: 29 Anos, 6 Meses

Mae: IRACE MARIA NEBRE DOS SANTOS

Pai: OSMAR BALDINO DOS SANTOS

Profissão: PROFESSOR

Unidade: POSTO 1/QUIRURGICA

Serviço: CLINICA CIRURGICA DE HOMEN

Médico: FRANCISCO ERLANDINO DE MELLO JUNIOR

C.N.S: _____

REGISTRO: 00233940

SEXO: MASCULINO

EST. CIVIL: SOLTEIRO(A)

CEP: 56.840-000

FONE: 37-991045902

Convênio: PARTICULAR

S. Inter.: 16/04/2019 - às 12:00

Enf.: _____

CRM: 15940

Carteira: _____

PAI _____

MÃE _____

Nº DOCUMENTO CPE. 098 822 934.09

FONE _____

INTERNADO POR ORDEM DE _____

Dr. Francisco

ASS. DO MÉDICO - CRM _____

LOCAL DO ACIDENTE _____

DATA _____

HORA _____

NATUREZA DO ACIDENTE

☐ CASUAL

☐ QUEDA

☐ ACIDENTE DE TRABALHO

☐ ACIDENTE DE TRANSITO

☐ INTOXICAÇÃO

☐ AGRESSÃO

☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO

☐ OUTRAS CAUSAS

☐ CLÍNICA

☒ CIRÚRGICO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO _____

PRESSÃO ARTERIAL _____

MX _____

NN _____

PULSO _____

BPM _____

TEMPERATURA _____

°C _____

PESO _____

QUEIXA PRINCIPAL

Paciente refere dor na perna E; com
dores, edema e hiperestesia

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Hiperestesia na perna E, com
imotricidade funcional

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM _____



EXAME FÍSICO

Inspeção

Palpação

Ausculta:

Hipótese Diagnóstica:

Fratura do Tibio E.

Alta

Condições de Alta

Curado _____ Tempo de Permanência Hospitalar _____ dias

Meiorando ☒

Óbito em _____

Motivo

Inalterado _____

Hora _____

Decisão Médica ☒

Piorado _____

+ 48 Horas _____

Alta Pedida _____

Óbito _____

- 48 Horas _____

Transferência _____

Indisciplina _____

Transferido para _____

Diagnóstico definido

Fratura do Tibio E.

Tratamento

Redução aberta + osteossíntese.

Diagnóstico anátomo-Paratológico

Data

17/04/19

Ass. do Médico - CRM

e Carimbo ou Nome do Médico em letra de forma



FICHA DE ANESTESIA

Nome:

João Roberto Nolasco Fortes

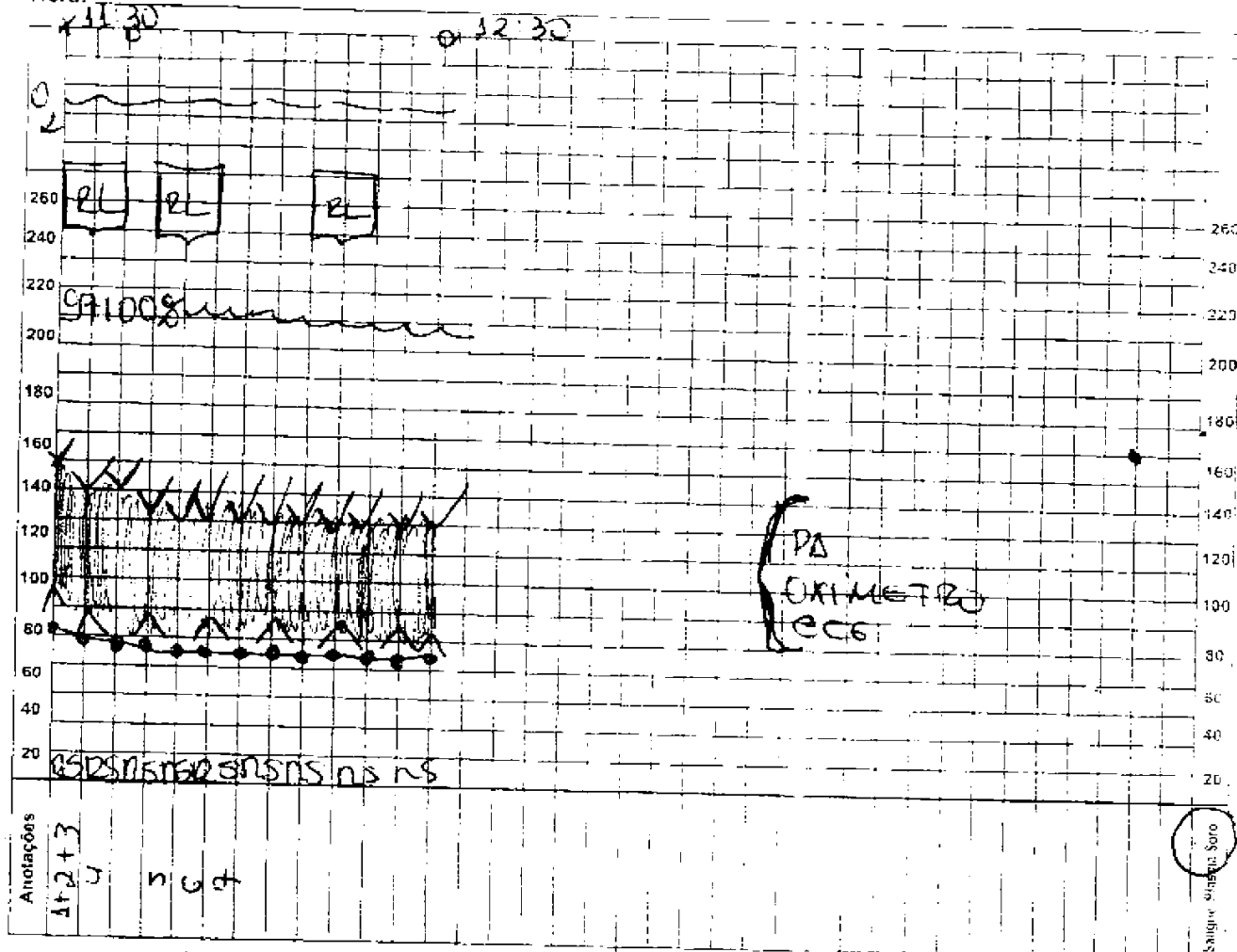
Data:

16, 04, 19

Premedicação:

Hora:

Hora:



Agente

1. Midazolam
2. Naloxona
3. Dipirone
4. Tebexicam
5. Eferil
6. Alopina

Quant.

5mg
12.5mg
0.25mg
2g
8mg
20mg
40mg

Técnica e tipo de Anestesia

Requisição anestésica med. simples
13/4 Ag. constante 80 x 27. Lck
limpido

Duração da Op.: 50' Duração da Anest.: 1:00 h

Cond. no final da Op.:

Resultado BRM Consciência:

Observação:

Dr. João Roberto Nolasco Fortes
CRM 11.111
RPM 11.111

Assinatura do Anestesiologista





Relatório de Operação

Nome do Paciente: Jose Helena Nogueira Lortor Número do Registro: 155281
Especialidade: Ortopedia
Operador: Francisco E. Melo Jr.
Assistente: _____
Local de Realização: _____
Data da Realização: 16/04/19
Descrição da Lesão: Fratura do Úmero E.
Diagnóstico Pré-Operatório: Osteoma
Queda: Reação amento + osteossintese

Descrição do Atto Operatório

- 1- Paciente em DDA sob anestesia.
- 2- Anestesia + antisepsia + campos estéreis.
- 3- Incisão na face interno-lateral do úmero E, dissecção para o local da fratura do úmero E.
- 4- Realizada reação amento + osteossintese com fixador interno de úmero.
- 5- Sutura da incisão.
- 6- Curativo compressivo.





CENTRO HOSPITALAR DR. JOSÉ EVÓIDE DE MOURA

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome do Paciente José Saulino Nobre Lantor Registro Nº 155781
Clínica Dermatologia Setor Lento Nº

DATA 16/04/19 HORA

EVOLUÇÃO

#D: Exaturo da Mão E.
Releição, reações comento +
osteomites.

CD: Foliculo R+ osteomites.

17/04/19

7º DPV
Paciente evolui bem, sem dor.
R+ comento com bro
releição

CD: Alta hospitalar



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. Identificação

Nome: Mayara Karine da Silva Moura

Data de nascimento: 16/04/1979

10103

28

232040

2. Queixa principal e História da doença atual

fratura de fêmur

3. Diagnóstico Inicial

Fratura de fêmur

4. Antecedentes Pessoais

Doenças crônicas: Nenhuma

Doenças agudas: Nenhuma

Doenças infecciosas: Nenhuma

Doenças neurológicas: Nenhuma

Doenças psiquiátricas: Nenhuma

5. Exame Físico

5.1 Estado Geral

Estado Geral: Bom

Estado Geral: Bom

Estado Geral: Bom

5.2 Avaliação neurológica

Nível de consciência: Y

Nível de consciência: Y

5.3 Sistema Respiratório

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

Inspeção: B

NECESSIDADES PESSOIS

Atividade: Nenhuma

Atividade: Nenhuma

Atividade: Nenhuma

Atividade: Nenhuma

Atividade: Nenhuma

Atividade: Nenhuma

Atividade: Nenhuma

Atividade: Nenhuma

Atividade: Nenhuma

Atividade: Nenhuma

Atividade: Nenhuma

Atividade: Nenhuma

Atividade: Nenhuma

Atividade: Nenhuma

Atividade: Nenhuma

Atividade: Nenhuma

Atividade: Nenhuma

Atividade: Nenhuma

Atividade: Nenhuma

Atividade: Nenhuma

Atividade: Nenhuma

Atividade: Nenhuma

NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

Necessidades de acompanhamento espiritual: Nenhuma

Necessidades de acompanhamento espiritual: Nenhuma

Necessidades de acompanhamento espiritual: Nenhuma

Necessidades de acompanhamento espiritual: Nenhuma

Necessidades de acompanhamento espiritual: Nenhuma

Necessidades de acompanhamento espiritual: Nenhuma

Necessidades de acompanhamento espiritual: Nenhuma

Necessidades de acompanhamento espiritual: Nenhuma

Necessidades de acompanhamento espiritual: Nenhuma

Necessidades de acompanhamento espiritual: Nenhuma

Necessidades de acompanhamento espiritual: Nenhuma

Necessidades de acompanhamento espiritual: Nenhuma

Necessidades de acompanhamento espiritual: Nenhuma

Necessidades de acompanhamento espiritual: Nenhuma

Mayara Karine da Silva Moura
COREN-PE 561013-ENF

16/04/19





CENTRO HOSPITALAR DR. JOSÉ EVOIDE DE MOURA
J. Moura Soares Ltda. S/C
Rua Aparício Veras, 411 - Fones: (87) 3838-1304 / 1591 / 2452 / 1965 - CEP: 56.800-000 - Afogados da Ingazeira - PE

CNPJ: 11.469.145/0001-52

SISTEMATIZAÇÃO ASSISTÊNCIA ENFERMAGEM
SAE

CLÍNICA MÉDICA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Jose Aulione - filho dos senhores SEXO: M
ENF.: apt 01 LEITO: DATA: 16/04/19

DADOS VITAIS					DRENAGENS					NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	
HORARIO	12	18	24	06	HORARIO	12	18	24	06	() CONSCIENTE	() INCONSCIENTE
PA					DIURESE					() ALERTA	
T					SNG					() SEDADO	
P					DRENO TORAX					() SONOLENTE	
R					OUTROS					() TORPOROSO	
SpO2					TOTAL					() COMATOSO	
HGT										() OUTROS	

SISTEMA RESPIRATÓRIO

RESPIRAÇÃO	SUPOORTE VENTILATÓRIO	SECREÇÃO TRAQUEAL	VIA RESPIRATORIA
(X) EUPNEICO () DISPNEICO	(X) ESPONTÂNEAS () VM () CATETER O2 () VENTURI	() SIM (X) NÃO	() TRAQUEOSTOMIA

SISTEMA CARDIOVASCULAR

BATIMENTOS CARDÍACOS	PULSO	PA	DROGAS VASOATIVAS	CATETER CENTRAL
(X) REGULAR () IRREGULAR	(X) NORMOSFIGMICO () BRADISFIGMICO () TRAQUISFIGMICO	(X) NORMOTENSO () HIPERTENSO () HIPOTENSO	() SIM () NÃO TPO: <u> </u>	VSC D () E () VJ: D () E () PVC: <u> </u>

SISTEMA DIGESTIVO

ABDOMEN	DIETA	VACUAÇÕES	DRENAGEM ABDOMINAL
TIPO DE ABDOME (X) GLOBOSO () PLANO	RUIDOS HIDROAEREOS (X) PRESENTE () AUSENTE	(X) V. O () SNE () SNG () PARENTERAL	(X) NORMAIS () CONSTIPAÇÃO () DIARRÉIA () MELENA TIPO: <u> </u>

SISTEMA GENITO-URINÁRIO

DIURESE ESPONTÂNEA	SVD	GENITALIA INTEGRAL	ASPECTO DA URINA
(X) SIM () NÃO	() SIM (X) NÃO	(X) SIM () NÃO	(X) CONCENTRADA () LIMPIDA
			(X) CITRICO () COLÚRICA () HEMATÚRIA () PIÚRIA

AValiação DA PELE

FERIDA OPERATÓRIA		
☒ HIDRATADA ☐ DESIDRATADA ☐ NORMOCORADA ☒ HIPOCORADA	☐ ICTÉRICA ☒ ANICTÉRICA ☐ CIANÓTICA ☐ EDEMACIADA ☐ HEMATOMA ☐ ESCORIADA	☐ ULCERA P. PRESSÃO LOCAL: _____ GRAU: _____
CURATIVOS ☒ SIM ☐ NÃO		ASPECTO ☒ LIMPA ☐ INFECTADA
		EXSUDATO ☐ PRESENTE ☐ AUSENTE ASPECTO: _____

OSTEO ARTICULAR

IMOBILIZAÇÃO		PERFUSÃO MEMBRO IMOBILIZAÇÃO
(X) SIM	LOCAL	NORMAL
() NÃO	() MSD	CIANOTICO
	() MSE	
	(X) MID	



NOME: José Adilmar Mota dos Santos

- ☐ ALERGIA A _____
- ☒ ANSIEDADE
- ☐ COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
- ☐ CONFUSÃO AGUDA
- ☐ CONSTIPAÇÃO
- ☐ DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
- ☐ DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO/HIGIENE
- ☐ DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA HIGIENE ÍNTIMA
- ☐ DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA ALIMENTAÇÃO
- ☐ DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DAS VIAS AÉREAS
- ☒ DOR AGUDA
- ☐ DIARRÉIA
- ☐ EXCESSO DO VOLUME DE LÍQUIDO
- ☐ HIPOTERMIA
- ☐ HIPERTERMIA
- ☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
- ☐ INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
- ☐ MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
- ☐ MUCOSA ORAL PREJUDICADA
- ☐ NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS
- ☐ PADRÃO DO SONO PERTURBADO
- ☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
- ☐ PERFUSÃO TISSULAR PERIFÉRICA INEFICAZ
- ☐ PERFUSÃO TISSULAR RENAL INEFICAZ
- ☐ RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO
- ☐ RISCO PARA QUEDA
- ☒ RISCO PARA INFECÇÃO
- ☐ RISCO PARA ASPIRAÇÃO
- ☐ RISCO PARA DISFUNÇÃO NEUROVASCULAR PERIFÉRICA
- ☐ RISCO PARA TEMPERATURA CORPORAL DESIQUILIBRADA
- ☐ RISCO DE PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
- ☐ RISCO PARA SÍNDROME DE DESUSO
- ☐ RISCO PARA NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS
- ☐ RISCO PARA VOLUME DE LÍQUIDO DESEQUILIBRADO
- ☐ RISCO PARA HIPOGLICEMIA E / OU HIPOGLICEMIA
- ☐ SÍNDROME DO DÉFICIT NO AUTOCUIDADO
- ☐ VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA
- ☐ VOLUME DE LÍQUIDO EXCESSIVO
- ☐ VOLUME DE LÍQUIDO DEFICIENTE

OUTROS _____

Karine da Silva Moura
COREN-PE 561013-ENF

ENFERMEIRO (A) / COREN-PE / CARIMBO





CENTRO HOSPITALAR DR. JOSE EVOIDE DE MOURA

J. Moura Soares Ltda. S/C

Rua Aparício Veras, 411 - Fones: (87) 3838-1304 / 1591 / 2452 / 1965 - CEP: 56.800-000 - Afogados da Ingazeira - PE

CNPJ: 11.469.145/0001-52

SISTEMATIZAÇÃO ASSISTÊNCIA ENFERMAGEM SAE

ENF: _____ LEITO: 0101 DATA: 16/04/2019
NOME: José Adilson de Almeida

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

X	REALIZAR LAVAGEM DAS MÃOS ANTES E APÓS QUALQUER PROCEDIMENTO	HORÁRIO
X	RESPEITAR PRECAUÇÕES E USO DE EPI'S CONFORME ROTINA DA CCIH	ROTINA
X	EXPLICAR PROCEDIMENTOS ANTES DE REALIZÁ-LOS	ROTINA
X	MANTER PROCEDIMENTOS DATADOS, IDENTIFICADOS E FIXADOS	ROTINA
X	DIMINUIR RUÍDOS AMBIENTAIS E ILUMINAÇÃO À NOITE	ROTINA
X	ELEVAR GRADES LATERAIS DA CAMA	ROTINA
X	TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO CONFORME PROTOCOLO	ROTINA
X	ASSINAR E CARIMBAR TODOS REGISTROS DE ENFERMAGEM	ROTINA
X	ADMINISTRAR MEDICAÇÕES E FLUIDOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA	ATENÇÃO
X	COMUNICAR SE TEMPERATURA <35,8° OU >37,2°	ATENÇÃO
X	PROPORCIONAR AQUECIMENTO EXTERNO SE TEMPERATURA <36°C E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	REALIZAR COMPRESSAS FRIAS SE TEMPERATURA >37,4°C E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	CONSIDERAR PERDAS EXTRAORDINÁRIAS (FEBRE, VÔMITO, DIARREIA, DRENOS E SONDAS)	ATENÇÃO
X	OBSERVAR, ANOTAR E COMUNICAR FREQUÊNCIA NAUSEAS E VÔMITOS	ATENÇÃO
X	REGISTRAR FREQUÊNCIA DE EVACUAÇÕES E ASPECTO OU AUSÊNCIA E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	OBSERVAR E ANOTAR DÉBITO URINÁRIO E SUAS CARACTERÍSTICAS, COMUNICAR ALTERAÇÕES	ATENÇÃO
X	OBSERVAR E ANOTAR PADRÃO VENTILATORIO, COMUNICAR ALTERAÇÕES	ATENÇÃO
X	OBSERVAR EM EXTREMIDADES: CIANOSE, PERFUSÃO, TEMPERATURA, COMUNICAR ALTERAÇÕES	ATENÇÃO
X	OBSERVAR PRESENÇA DE EDEMA EM MMSS E MMII, SE EDEMATIZADOS, ELEVA-LOS E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	OBSERVAR SINAIS DE DOR (TAQUICARDIA, HIPERTENÇÃO, DIAFORESE, TAQUIPNÉIA) E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	EM CASO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO FORA DO HORÁRIO PRESCRITO, REGISTRAR O HORÁRIO E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	REGISTRAR REAÇÃO ADVERSA QUE O PACIENTE POSSA TER APÓS MEDICAÇÃO E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	REALIZAR, OBSERVAR, PRECISAR DA INFUSÃO DE SOROS A CADA 3 HORAS	ATENÇÃO
X	REALIZAR E OBSERVAR SSVV DE <u>16.06</u>	ATENÇÃO
	ASPIRAR SNG/SNE ANTES DE INSTALAR AS DIETAS, LAVAR SONDAS APÓS A DIETA	
	ASPIRAR VAS/TOT/TRAQUEOSTOMO _____ H E TOALETE BRÔNQUICA S/N	
	COLOCAR / MANTER COLCHÃO CAIXA DE OVO E USAR BLOCOS DE ESPUMA PARA APOIO	
	COMUNICAR SE SPO ₂ <92% _____ SECRETARIA DE	
✓	CONFERIR CUIDADOSAMENTE ENTRADA / SAÍDA NO BALANÇO HÍDRICO	
	CONTER MMSS E /OU MMII SE APRESENTAR AGITAÇÃO	
	HIDRATAR E MASSAGEAR PELE 03 X AO DIA E A CADA MUDANÇA DE DECÚBITO	
✓	INSTALAR DIETA RIGOROSAMENTE NOS HORÁRIOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA / NUTRIÇÃO	
	INTERROMPER FLUXO DE DIETA DURANTE PROCEDIMENTOS	
	MANTER CABECEIRA ELEVADA A _____ GRAUS PARA REPOUSO, E _____ GRAUS PARA INFUSÃO	
	MINISTRAR OXIGENIOTERAPIA _____ UM - UMIDIFICADA S/N	
✓	OBSERVAR E ANOTAR COMPORTAMENTO NEUROLÓGICO, COMUNICAR ALTERAÇÕES	
	PROTEGER PROEMINÊNCIAS ÓSSEAS	
	REALIZAR CURATIVO _____ X AO DIA EM REGIÃO: _____	
	REALIZAR HGT DE _____, COMUNICAR SE HGT <70 MG/DL OU HGT >150MG/DL	
	REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO A CADA 02 HORAS	
	REALIZAR / AUXILIAR NA HIGIENE CORPORAL 01 X AO DIA E S/N	
	REALIZAR / AUXILIAR NA HIGIENE ORAL E OCULAR 02 X AO DIA	
	TROCAR AMBU A CADA 24 HORAS OU QUANDO NECESSÁRIO	
	TROCAR CIRCUITO DA LINHA ARTERIAL CONFORME PROTOCOLO	
	TROCAR UMIDIFICADOR/ FILTRO A CADA 07 DIAS OU QUANDO NECESSÁRIO (QUE / SIM / NÃO)	

Mayara Narine da Silva Moura
COREN-PE 561013-ENF

ENFERMEIRO(A) COREN-PE / CARIMBO





CENTRO HOSPITALAR DR. JOSE EVOIDE DE MOURA
J. Moura Soares Ltda. S/C
Rua Aparício Veras, 411 - Fones: (87) 3838-1304 / 1581 / 2452 / 1985 - CEP: 56.800-000 - Afogados da Ingazeira - PE
SISTEMATIZAÇÃO ASSISTÊNCIA ENFERMAGEM
SAE
CLÍNICA MÉDICA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Seu Antônio - filho do sr. Antônio SEXO: M
ENF.: pt 01 LEITO: 16 DATA: 16/04/19

DADOS VITAIS					DRENAGENS					NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	
HORARIO	12	18	24	06	HORARIO	12	18	24	06	☐ CONSCIENTE	☐ ALERTA
PA					DIURESE					☐ SEDADO	☐ SONOLENTE
T					SNG					☐ TORPOROSO	☐ COMATOSO
P					DRENO TORAX					☐ INCONSCIENTE	OUTROS:
R					OUTROS						
SpO2					TOTAL						
HGT											

SISTEMA RESPIRATÓRIO

RESPIRAÇÃO	SUPOORTE VENTILATORIO	SECREÇÃO TRAQUEAL	VIA RESPIRATORIA
☒ EUPNEICO ☐ DISPNEICO	☒ ESPONTÂNEAS ☐ VM ☐ CATETER O ² ☐ VENTURI	☐ SIM ☒ NÃO	☐ TRAQUEOSTOMIA

SISTEMA CARDIOVASCULAR

BATIMENTOS CARDÍACOS	PULSO	PA	DROGAS VASOATIVAS	CATETER CENTRAL
☒ REGULAR ☐ IRREGULAR	☒ NORMOSFIGMICOS ☐ BRADISFIGMICO ☐ TRAQUISFIGMICO	☒ NORMOTENSO ☐ HIPERTENSO ☐ HIPOTENSO	☐ SIM ☐ NÃO TIPO:	VSC: ☐ D ☐ E ☐ VJR: ☐ D ☐ E ☐ PVC:

SISTEMA DIGESTIVO

ABDOMINE	DIETA	VACUAÇÕES	DRENAGEM ABDOMINAL
TIPO DE ABDOME ☒ GLOBOSO ☐ PLANO	RUIDOS HIDROAEREOS ☒ PRESENTE ☐ AUSENTE	☒ V.O ☐ SNE ☐ SNG ☐ PARENTERAL	☒ NORMAIS ☐ CONSTIPAÇÃO ☐ DIARREIA ☐ MELENA
			☐ PENROSE ☐ OSTOMIA ☐ NENHUMA TIPO:

SISTEMA GENITO-URINÁRIO

DIURESE ESPONTÂNEA	SVD	GENITALIA ÍNTEGRA	ASPECTO DA URINA
☒ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☒ NÃO	☒ SIM ☐ NÃO	☒ CONCENTRADA ☐ LIMPIDA
			☒ CÍTRICO ☐ COLÚRICA ☐ HEMATURIA ☐ ANÚRIA ☐ POLIÚRIA ☐ PIÚRIA

AVALIAÇÃO DA PELE

DIURESE ESPONTÂNEA	SVD	GENITALIA ÍNTEGRA	ASPECTO DA URINA
☒ HIDRATADA ☐ DESIDRATADA ☐ NORMOCORADA ☐ HIPOCORADA	☐ ICTÉRICA ☒ ANICTÉRICA ☐ CIANOTICA ☐ EDEMACIADA ☐ HEMATOMA ☐ ESCORIADA	☐ ÚLCERA PI PRESSÃO LOCAL: _____ GRAU: _____	CURATIVOS ☒ SIM ☐ NÃO
			ASPECTO ☒ LIMPA ☐ INFECTADA
			EXSUDATO ☐ PRESENTE ☐ AUSENTE ASPECTO

OSTEO ARTICULAR

IMOBILIZAÇÃO	PERFUSÃO MEMBRO IMOBILIZAÇÃO
☒ SIM ☐ NÃO	☐ NORMAL ☐ CIANOTICO
LOCAL: _____	
☐ MSD ☐ MSE ☒ MID	





Casa de Saúde
Dr. José Ernildo de Moura
 Telefax: (87) 3838-1304 / 1591 / 2452
 1965 / 1063 / 2926 / 1701
 Celular: (87) 9947-0105 / 9650-1514

EDSON MOURA
 Telefax: (87) 3838-1701
 9650-1514

Centro Diagnóstico
Júnior Moura
 Telefax: (87) 3838-2926
 9943-0001

Farmácia Michelle
 Fone: (87) 3838-2636

Rua Aparício Veras, 411 - CEP: 56.800-000 - Centro - Afogados da Ingazeira - PE

ESPECIALIDADES

Cirurgia Geral
 Ginecologia e Obstetrícia
 Clínica Médica
 Pediatria
 Ortopedia
 Traumatologia
 Cardiologia
 Oftalmologia
 Dermatologia
 Urologia
 Cirurgia Plástica
 Cirurgia Vascular
 Cirurgia Buco-Maxilo
 Neurologia
 Otorrinolaringologia
 Psicologia
 Fisioterapia

EXAMES

Tomografia Computadorizada
 Ultra-Sonografia
 Cintimetria Osso
 Mamografia Digital
 Endoscopia
 Ecocardiograma
 Teste Ergométrico
 Endoscopia Digestiva
 Laboratório
 Raio Digital
 Eletroencefalograma
 Video Laringoscopia Diagnóstica
 Cardiocardiograma Rápido
 Histeroscopia Digital - Cirurgia
 Laringoscopia
 Estudos Urodinâmico
 Audiometria

RECEITUÁRIO

José Assis Roberto
Solicito
- Rx de tórax E
em T.P.s perfil.

30/04/19.

Dr. José Ernildo de Moura
Proprietário e Responsável
CRM: 10.100 / 10.100





Centro Hospitalar Dr. José Evóide de Moura

J. MOURA SOARES LTDA. S/C

Prescrição Médica e Relatório de Enfermagem

Nome do Paciente:

Jose Madalena Rolene J.

Antecedente Diagnóstico

Frost Stills E.

Enfermagem

Leito:

Registro Nº

DATA

HORA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORA DE APLICAÇÃO DA MEDICAÇÃO

16/11/2019

1 - Rota Livre

2 - SF-091. 1000ml IV, 14 gts / gts

3 - Refletivo 7g IV, 6/6 hr.

4 - Reliquina 7g IV, 6/6 hr.

5 - Ziditil 7g IV, 12/12 hr.

6 - Bromel 300 mg + SF-091. 1000ml, IV, 12/12 hr.

7 - Cc 66 r 55 ml.

aplicar

14h 30

15h 40

16h 01

17h 01

18h 01

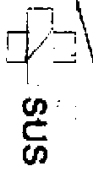
cont

17/11/2019

Acto Hospitalar

Todas as anotações feitas devem ser rubricadas pelo responsável





SUS

ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 2336812

CCC/CPF: 08.778.268/0015-66

NOME: HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA FILOMENA

END.: RUA EPAMINONDAS DE AZEVEDO, S/N

MUNICÍPIO: MONTEIRO ESTADO: PARAIBA UF: 25

Tipo de Atendimento: ACIDENTE DE MOTO

Nome: JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS

Raça/Cor: PARDA

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Carimbo do Profissional de Saúde
Matrícula: 000.571.81-8

DT. Nasc: 20/10/1990 Idade: 28 anos(m) meses(es) de idade dias(dia) de idade Sexo: M

Mãe: IRACLI MARIA NOBRE DOS SANTOS

Profissão: AGRICULTOR

Documento: RG: 8.814.334

Endereço: SÍTIO CARUA

Bairro: ZONA RURAL

Município-UF: CEP: IBGE: IGUARACI - PE - 55840000 - 260680

Telefone para contato (83) 3351-2204 / (87) 98866-2136

CNS: 151998218090000

Data e Hora: 13/04/2019 12:19:26

SSVV

PESO: PA: TEMP:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Exame físico: M.E. Não pode ser realizado devido à falta de material.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

RECEPCIONISTA: ANDRE MIGUEL

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

13.10

1. Sinais vitais: 36,5°C, 72 bpm, 120 bpm, 100 mmHg.

2. Sinais vitais: 36,5°C, 72 bpm, 120 bpm, 100 mmHg.

3. Sinais vitais: 36,5°C, 72 bpm, 120 bpm, 100 mmHg.

4. Sinais vitais: 36,5°C, 72 bpm, 120 bpm, 100 mmHg.

5. Sinais vitais: 36,5°C, 72 bpm, 120 bpm, 100 mmHg.

6. Sinais vitais: 36,5°C, 72 bpm, 120 bpm, 100 mmHg.

7. Sinais vitais: 36,5°C, 72 bpm, 120 bpm, 100 mmHg.

8. Sinais vitais: 36,5°C, 72 bpm, 120 bpm, 100 mmHg.

9. Sinais vitais: 36,5°C, 72 bpm, 120 bpm, 100 mmHg.

10. Sinais vitais: 36,5°C, 72 bpm, 120 bpm, 100 mmHg.

11. Sinais vitais: 36,5°C, 72 bpm, 120 bpm, 100 mmHg.

12. Sinais vitais: 36,5°C, 72 bpm, 120 bpm, 100 mmHg.

13. Sinais vitais: 36,5°C, 72 bpm, 120 bpm, 100 mmHg.

14. Sinais vitais: 36,5°C, 72 bpm, 120 bpm, 100 mmHg.

15. Sinais vitais: 36,5°C, 72 bpm, 120 bpm, 100 mmHg.

16. Sinais vitais: 36,5°C, 72 bpm, 120 bpm, 100 mmHg.

17. Sinais vitais: 36,5°C, 72 bpm, 120 bpm, 100 mmHg.

18. Sinais vitais: 36,5°C, 72 bpm, 120 bpm, 100 mmHg.

19. Sinais vitais: 36,5°C, 72 bpm, 120 bpm, 100 mmHg.

20. Sinais vitais: 36,5°C, 72 bpm, 120 bpm, 100 mmHg.

21. Sinais vitais: 36,5°C, 72 bpm, 120 bpm, 100 mmHg.

22. Sinais vitais: 36,5°C, 72 bpm, 120 bpm, 100 mmHg.

23. Sinais vitais: 36,5°C, 72 bpm, 120 bpm, 100 mmHg.

24. Sinais vitais: 36,5°C, 72 bpm, 120 bpm, 100 mmHg.

25. Sinais vitais: 36,5°C, 72 bpm, 120 bpm, 100 mmHg.

26. Sinais vitais: 36,5°C, 72 bpm, 120 bpm, 100 mmHg.

27. Sinais vitais: 36,5°C, 72 bpm, 120 bpm, 100 mmHg.

28. Sinais vitais: 36,5°C, 72 bpm, 120 bpm, 100 mmHg.

29. Sinais vitais: 36,5°C, 72 bpm, 120 bpm, 100 mmHg.

30. Sinais vitais: 36,5°C, 72 bpm, 120 bpm, 100 mmHg.

31. Sinais vitais: 36,5°C, 72 bpm, 120 bpm, 100 mmHg.

32. Sinais vitais: 36,5°C, 72 bpm, 120 bpm, 100 mmHg.

33. Sinais vitais: 36,5°C, 72 bpm, 120 bpm, 100 mmHg.

34. Sinais vitais: 36,5°C, 72 bpm, 120 bpm, 100 mmHg.

35. Sinais vitais: 36,5°C, 72 bpm, 120 bpm, 100 mmHg.

36. Sinais vitais: 36,5°C, 72 bpm, 120 bpm, 100 mmHg.

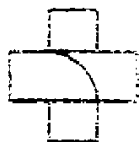
37. Sinais vitais: 36,5°C, 72 bpm, 120 bpm, 100 mmHg.

38. Sinais vitais: 36,5°C, 72 bpm, 120 bpm, 100 mmHg.

39. Sinais vitais: 36,5°C, 72 bpm, 120 bpm, 100 mmHg.

40. Sinais vitais: 36,5°C, 72 bpm, 120 bpm, 100 mmHg.





Sistema
Único de
Saúde

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMPLEXO DE SAÚDE DE MONTEIRO



FLUXO DE REFERÊNCIA INTRA E INTER-REGIONAL

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

FICHA DE ENCAMINHAMENTO Nº: _____ CLÍNICA: _____

DO HOSPITAL REGIONAL SANTA FILOMENA.

PARA O HOSPITAL: _____

MÉDICO CONTACIADO: Dr. _____

DATA: 13/02/19

José Augusto Leal
Chefe do Departamento Ambulatorio
Matrícula: 209.621-8

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

NOME: _____

PROFISSÃO: _____ DOC.: _____ Nº: _____ IDADE: _____

ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____

MUNICÍPIO: _____ ESTADO: _____

José Augusto Leal
Chefe do Departamento Ambulatorio
Matrícula: 209.621-8

ANAMNESE E EXAME FÍSICOS SUMÁRIOS

José Augusto Leal
Chefe do Departamento Ambulatorio
Matrícula: 209.621-8

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

José Augusto Leal
Chefe do Departamento Ambulatorio
Matrícula: 209.621-8

DIAGNÓSTICO

PROVÁVEL: _____

EXCELSIOR SEGUROS
19 JUL. 2019
SEGURO PRIVAT

ASSINATURA: _____



Dr. Fred Veras

Reumatologia
CRM 6688-PE CPF 129098314-34

José Adelmo Nobre dos Santos

Paciente vítima de acidente de trânsito por colisão entre motos no dia 31 de abril de 2019 em estrada vicinal Monteiro – PB deu entrada no Hospital Regional local e transferido para CHJEM – Afogados da Ingazeira – PE onde recebeu atendimento médico para fratura exposta dos ossos da perna E com osteosíntese recebendo alta hospitalar 17 de abril de 2019 e foi submetido a uma segunda internação Hospitalar para nova reparação cirúrgica de Osteomielite tibial aguda realizado no HREC – Afogados da Ingazeira – PE desde então vem apresentado reinfecções frequentes e encaminhado com orientação de continuar tratamento médico ambulatorial.

Na avaliação clínica de sequelas por mim realizado ao paciente dia de hoje sob exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobra, tem o paciente apresentando-se com sequela grave de fratura múltiplas na perna E com vasto ferimento não cicatrizado com supurações sequestro ósseo vasta extensão de tecido friável e coloração avermelhada e tumefações superficiais dérmicos abrangendo todas as camadas internas e com erosões de toda estrutura óssea da tibia E, quando de mal prognóstico incurável instável que não responde bem aos tratamentos que lhe se são submetidos por ter infecções por focos bacterianos intra-tramelar da estrutura óssea tibial servindo sempre como ponto de partida de novas reinfestações, perda de 100% para todas as funções mecânicas laborativas ou trabalhistas do membro inferior E e que necessitem delas, deve permanecer sob controle ambulatorial perene Seculum Seculorum et.

Paciente como se apresenta ao exame físico de hoje, e exclusivamente hoje, podendo variar conforme evolução e resposta clínica do mesmo com o passar dos dias e sendo de reservado prognóstico.

PS: quadro clínico descrito ao um retrato do que o paciente apresenta ao físico exclusivamente do dia de hoje, podendo variar caso à caso com o passar dos dias.

Atenciosamente,

Afogados da Ingazeira, 25 de outubro de 2019

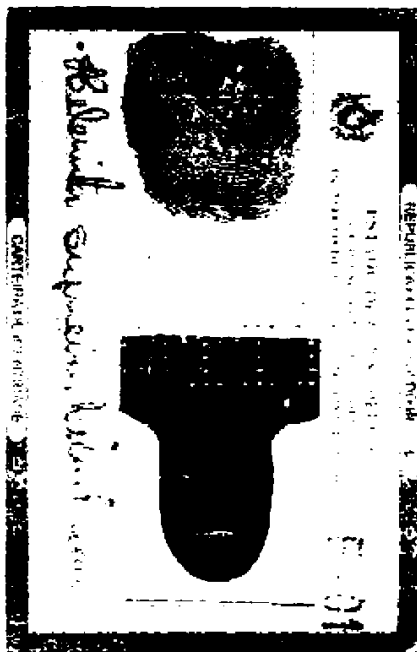


Dr. Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
CRM 6688-PE CPF 129098314-34

At: Aparício Veras 411, Centro, Afogados da Ingazeira PE – Fone 87 38581304



CADESIOR SEGUROS
19 JUL 2019
SEGURO DPVAT



2.761.780 28/04/2017

<< HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA >>

<< ANTONIO DE FALIA LIBERAL >>

<< HELENA SIQUEIRA LIBERAL >>

AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE 16/09/1965

<< CC. 1.362 LB-2 F.108 CART. 10

AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE 08.10.1993 >>

589.391.134-20

F-76 D3.108 - 3021



**Lauda 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: 3190438308
Nome do(a) Examinado(a): Jose Adelmo Nobre dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): 9991-2908, 770 Cs
Zona Rural Iguaraci PE CEP: 56840-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 8814334
Data local do acidente: [13/04/2019]
Data local do exame: [12/11/2019] CUSTODIA [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DA TIBIA ESQUERDA
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO NO DIA 31/04/2019, COM FRATURA DA TIBIA ESQUERDA, FEITO CIRURGIA.
Complicações: FRATURA DA TIBIA ESQUERDA EVOLUINDO COM OSTEOMIELITE AGUDA
Data da Alta: VÍTIMA EM TRATAMENTO
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
EM TRATAMENTO (OSTEOMIELITE AGUDA)
- IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
() Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (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 (*).
(X) "Vítima em tratamento" **() "Sem seqüela permanente"**
Esta avaliação médica deve ser repetida em 60 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 (Seqüela): | Região Corporal (Seqüela): |
| % 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 (Seqüela): | Região Corporal (Seqüela): |
| % 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 d(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Dr. Joao Lopes de Barros Filho

CPF - 475.799.434-68

CRM/PE - 15988

João Lopes de Barros
Médico da Família
CRM/PE 15988

