

QUESITOS – PERÍCIA TÉCNICA

01. Qual o tipo de lesão sofrida pelo(a) autor(a), em decorrência do acidente de trânsito, mencionado na presente ação? Que membro(s) foi(ram) lesionado(s)?
02. As lesões sofridas pelo(a) autor(a) são compatíveis com os laudos médicos e/ou radiografias apresentados à perícia?
03. Descreva a definição de invalidez permanente de membro ou órgão em caráter definitivo.
04. Há possibilidade de cura ou recuperação significativa na lesão sofrida pelo(a) autor(a)?
05. Havendo sequelas, qual(is) o(s) tratamento(s) recomendado(s) para corrigi-la(s) ou atenuá-la(s)?
06. Há algum outro ponto que o Sr.(a). Perito(a) reputa relevante sobre o exame pericial realizado.



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: PEDRO DA SILVA PEREIRA, brasileiro(a), casado, aposentado, portador(a) da Cédula de Identidade - RG nº 2.429.908 SDS/PE, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 433.453.104-06, residente e domiciliado na Rua Manoel Simplicio dos Prazeres, nº 194, Ouro Preto, Olinda-PE. - CEP: 53370-080, sem endereço eletrônico cadastrado.

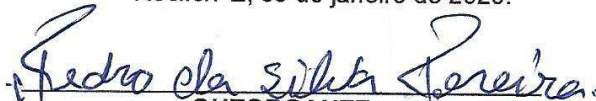
OUTORGADOS: JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA e ISMAR TIBURTINO DOS SANTOS, brasileiros, casados, advogados, inscritos na OAB/PE sob os nºs 40.200 e 29.455, respectivamente e DINARA GUIMARÃES DA SILVA, brasileira, solteira, inscrita na OAB/PE sob o nº 14.650, todos com endereço profissional sito na Rua Matias de Albuquerque, nº 223, Sala 804, Edf. Bancomércio, Santo Antônio, Recife/PE, CEP: 50010-090. Email: carvasouza.assessoria@gmail.com.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o(a)s outorgante(s) acima qualificado(s), nomeia(m) e constitui(em) como seu(s) bastante(s) procurador(a)s e advogado(a)s, o(a)s outorgado(a)s também qualificado(a)s, para representá-lo(a)s no que diz respeito a atos processuais em qualquer juízo, instância ou tribunal, com poderes da cláusula "ad judicium et extra" para o fórum em geral, mais os poderes especiais, podendo para tanto acordar, desistir, transigir, receber e dar quitação, receber alvará, firmar compromissos, tomar ciência de despachos e notificações, propor recurso ou desistir deles, declarar o estado de pobreza do outorgante, dentre outros previstos em lei enfim, praticar todos os atos necessários e em lei admitidos, e tudo o mais que se fizer necessário ao desempenho satisfatório do seu mandato, referente a procedimentos processuais, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de poderes.

Também através do presente Instrumento Particular de Contrato de Honorários Advocatícios, vêm, o (a) contratante, pactuar o percentual dos honorários profissionais em 30% (trinta por cento) do valor recebido, devidamente atualizado da condenação, quer em caso de conciliação ou em caso de execução, os quais serão destinados a Dra. DINARA GUIMARÃES DA SILVA (OAB/PE 14650-D).

O (A) Contratante autoriza, desde já, a retenção do percentual pactuado quando da liberação do crédito a que porventura venha a ter direito nos presentes autos. Assim, estando justos e contratados, assina o presente, elegendo o foro da cidade do Recife/PE., para dirimirem possíveis dúvidas ou omissões, por mais privilegiado que outros o sejam.

Recife/PE, 08 de janeiro de 2020.

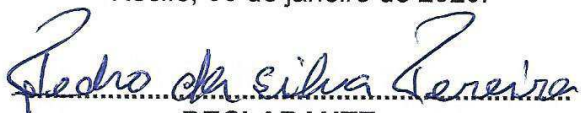

OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins, sob pena de responder civil, administrativa e criminalmente, que sou pobre na forma da lei, encontrando-me em situação econômica que não me permite demandar em juízo sem prejuízo do meu próprio sustento e da minha família, enquadrando-me nas condições estabelecidas no Art.3º da Lei nº 1.060/50 e Art. 98 do NCPC, requerendo assim, os benefícios da assistência judiciária gratuita aos necessitados.

Recife, 08 de janeiro de 2020.


DECLARANTE



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO TAVARES BURIL

POLEGAR DIREITO

Assinatura do titular: *Pedro da Silva Pereira*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

AMERICAN BANK NOTE CO.

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.429.908 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/07/2004

NOME << PEDRO DA SILVA PEREIRA >>

FILIAÇÃO << JOAO MARIANO PEREIRA >>
<< ROSA DA SILVA PEREIRA >>

NATURALIDADE AROEIRAS FB DATA DE NASCIMENTO 29/06/1964

DOC ORIGEM << CC.13 485-L.B23-F.130V-CART.OLINDA-PE-27 04 1989 >>

CPF 433.453.104-06

ASSINATURA DO DIRETOR BIS/PASEP 1212R02795.2*

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

AMERICAN BANK NOTE CO. F-11 79126

CAIXA
POUPANÇA

603689 0010 62691 7348
PEDRO DA SILVA PEREIRA

VALID THRU 10/24
2191 013 00048005-0

MasterCard
débito



vivo



Patrocinadora
Oficial da Seleção
dos Brasileiros.

IOI
#JOGUEJUNTO



CTC RECIFE PE PL2

PEDRO DA SILVA PEREIRA
R MANUEL SIMPLICIO DOS PRAZERES 194
OURO PRETO
53370-080 OLINDA PE



72 13148850 56743 00002604680 3 0 041119

Vencimento
20/11/2019

Cadastre-se no Conta
Online. Saiba mais.



Baixe o leitor de QR Code para
seu celular em leitorvivo.com.br



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder das
Coberturas do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0451149/19
Vítima: PEDRO DA SILVA PEREIRA
CPF: 433.453.104-06
Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 20/07/2019
Titular do CPF: PEDRO DA SILVA PEREIRA
CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro
Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

PEDRO DA SILVA PEREIRA : 433.453.104-06
Autorização de pagamento
Comprovante de residência

SINISTRO
3190699372
2.531,25

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 13/12/2019 Nome: PEDRO DA SILVA PEREIRA CPF: 433.453.104-06	Data do cadastramento: 13/12/2019 Nome: Josvelli de Oliveira Cabral
PEDRO DA SILVA PEREIRA	Josvelli de Oliveira Cabral



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ªCIRC
DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0114010610

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/12/2019** às **09:49**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **20/7/2019** às **11:20**

Fato ocorrido no endereço: **OURO PRETO, 01, RUA ESQUILO, OURO PRETO, OLINDA** - Bairro:
OURO PRETO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: **53370-491**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
* PEDRO DA SILVA PEREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): PEDRO DA SILVA PEREIRA

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

PEDRO DA SILVA PEREIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ROSA DA SILVA PEREIRA** Pai: **JOAO MARIANO PEREIRA** Data de Nascimento: **29/6/1964** Naturalidade: **AROEIRAS / PARAIBA / BRASIL** Documentos: **2429908/SDS/PE (RG), 43345310406 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **APOSENTADO**
Residencial: **RUA MANOEL SIMPLICIO DOS PRAZERES 194, OURO PRETO, OLINDA - OLINDA/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE OURO PRETO (BAIRRO), 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: OURO PRETO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE OLINDA (BAIRRO), 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PEDRO DA SILVA PEREIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PEDRO DA SILVA PEREIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS MIX ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHT9350** (PERNAMBUCO/OLINDA)
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010**

Complemento / Observação

13/12/2019 10:06



INFORMA QUE ESTAVA TRAFEGANDO EM SUA MOTOCICLETA NO BAIRRO DE OURO PRETO, QUANDO A CAMINHO DE UM SUPERMERCADO UM VEICULO INESPERADAMENTE PAROU EM SUA FRENTE, ELE FREIOU BRUSCAMENTE E A SUA MOTOCICLETA CAIU POR CIMA DA SUA PERNA ESQUERDA, FRATURANDO A MESMA, ELE FOI SOCORRIDO PELO SAMU DE OLINDA PARA A UPA DA MESMA CIDADE.

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

**PEDRO DA SILVA PEREIRA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **CLAUDIO ALVES DE SOUZA** - Matrícula: **296954-8**
(Liberado em **13/12/2019** às **10:06**)

13/12/2019 10:06





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, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190699372

Vítima: PEDRO DA SILVA PEREIRA

Data do Acidente: 20/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PEDRO DA SILVA PEREIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: PEDRO DA SILVA PEREIRA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000002191

Conta: 0000048005-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 0007500076 - carta_15R - INVALIDEZ





AUTOATENDIMENTO - AG MARCOS FREIRE

DATA: 11/01/2020

HORA: 08:10:32

TERMINAL: 09171015

CONTROLE: 091710150026

AGÊNCIA: 2191 - IGARASSU

CONTA: 013.00048005-0

CLIENTE: PEDRO DA SILVA PEREIRA

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERENCIA
ULTIMOS 30 DIAS

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA	VALOR
04/01	23,74

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
04/01	116,18
07/01	2.147,77
09/01	1.928,95

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

		SALDO ANTERIOR	2.741,43C
--	--	----------------	-----------

Dezembro

10/12	101022	SAQUE B24H	500,00D
10/12	191210	SAQUETERMINAL	2,30D
13/12	131036	SAQUE B24H	450,00D
13/12	191213	SAQUETERMINAL	2,30D
16/12	161029	CP MAESTRO	315,00D
18/12	180851	SAQUE B24H	450,00D
18/12	191218	SAQUETERMINAL	2,30D
20/12	201010	SAQUE LOT	200,00D
24/12	240907	CP MAESTRO	300,00D

Janeiro

02/01	310820	CP MAESTRO	200,00D
03/01	031800	CP MAESTRO	30,50D
04/01	000000	REM BASICA	0,00C
04/01	000000	CRED JUROS	0,12C
04/01	000000	REM BASICA	0,00C
04/01	000000	CRED JUROS	0,42C
05/01	000000	REM BASICA	0,00C
05/01	000000	CRED JUROS	0,35C
06/01	061104	SAQUE B24H	150,00D
07/01	615400	CRED INSS	3.147,77C
07/01	070957	SAQUE B24H	1.000,00D
09/01	000001	CRED TED	2.531,25C
09/01	091419	SAQUE B24H	600,00D
09/01	200109	SAQUETERMINAL	2,30D

RESUMO EM 10/01

SALDO	4.216,64C
-------	-----------

RESUMO DO DIA

SALDO DISPONIVEL	4.216,64C
SALDO BLOQUEADO	0,00
SALDO TOTAL	4.216,64C

EXTRATO DE COMPRAS COM CARTÃO DE DÉBITO

DT COMP	HORA	ESTABELECIMENTO	VALOR
16/12	10:29	LISTO *LISTO FACIL	315,00D
24/12	09:07	PAG*Marcelo	300,00D



Assinado eletronicamente por: ISMAR TIBURTINO DOS SANTOS - 28/01/2020 17:01:09

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012817010915500000056132146>

Número do documento: 20012817010915500000056132146



HOSPITAL
MIGUEL ARRAGES



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: PEDRO DA SILVA PEREIRA

IDADE: 54 **SEXO:** M

DATA DA ADMISSÃO: 20/07/19

REG: 105452

DATA DA ALTA: 26/7/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA
- FRATURA DO MALÉOLO LATERAL + POSTERIOR ESQUERDOS

TRATAMENTO REALIZADO:

- 25/07: REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS EM FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO + REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PARAFUSOS EM MALÉOLO POSTERIOR ESQUERDO + REDUÇÃO FECHADA E FIXAÇÃO INTERNA COM HASTE INTRAMEDULAR DE TÍBIA BLOQUEADA

ORIENTAÇÕES:

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

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (x) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

Dr. Igor Alcenor
Ortopedia Traumatologia
CRM 26446

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

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



Atendimento: 1496989

Senha da Classificação:

0130

Data e Hora: 20/07/2019 13:22

Paciente: 166481 PEDRO DA SILVA PEREIRA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 29/06/1964 Idade: 55 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: JOSEFA ROSA DA SILVA Nome do Pai: JOAO MARIANO PEREIRA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: RUA MANUEL SIMPLICIO DOS SANTOS 195 Bairro: OURO PRETO

Cidade/UF: OLINDA PE Cep: 53370080

Usuário Atendimento: TARCIANASA

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 88016258

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

*Dores no dorso da mão há 1 dia
2 horas com dor e dificuldade em
movimentar a mão.*

Exame Físico

Alc. 36°C Hs 0 DM 0

Hipótese Diagnóstico

fx ossos m. punho 0301 06 010-0

Conduta Terapêutica

Na punho 0 AP/punho - 0 AP/olecrão - 0 AP/
punho

Prescrição Médica

*DICTO ZONO 15/00
INSOL 400 mg + 100 mg 8/16h
TUDO COM PARASSITIC KITE
O SÓLO DORAS.*

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório

Transferido:

Para:

HMA

Senha: 5731559

Carimbo/Médico

Dr. Anton Ferraz
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 12345

IMOBILIZAÇÃO



1496989



UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 20/07/2019 13:16

Nome Paciente: PEDRO DA SILVA PEREIRA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 29/06/1964
Sexo: Masculino
Idade: 55
Senha: 0180
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 20/07/2019 13:17 - 20/07/2019 13:19

HEVERTON CESAR - COREN: 425244 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: URGÊNCIA - AMARELO

Cor: AMARELO

Queixa Principal: TRAZIDO PELO SAMU COM HISTORIA DE QUEDA DE MOTO NEGA VOMITO E DESAMIO
REFERE DOR EM MIE, CONSCIENTE, ORIENTADO

Observação: ALERGIA: NEGA

Logograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: HEVERTON CESAR - COREN: 425244 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 20/07/2019 13:19

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE OLINDA
GREGÓRIO LOURENÇO BEZERRA



Olinda, 27 de Novembro de 2019.

Declaração

Declaramos que na ficha do atendimento nº1496989, onde se lê o nome da mãe JOSEFA ROSA DA SILVA, leia-se ROSA DA SILVA PEREIRA. Informamos que houve uma falha na hora do cadastramento do paciente, mas que seus dados foram retificados mediante a apresentação posterior do RG: 2.429.908.

Atenciosamente,


FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO FERNANDES – IMIP HOSPITALAR
UPA OLINDA

UPA - OLINDA
Milena Moura
Coordenadora Geral

RODOVIA PE 15, S/N
CIDADE TABAJARA, OLINDA/PE
FONE: 3184-4303





PREFEITURA MUNICIPAL DE OLINDA
SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGÊNCIA/SAMU

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o Sr. **PEDRO DA SILVA PEREIRA**, portador do RG nº 2.429-90-8, SSP-PE, CPF: 433.453.104-06 foi socorrido pelo Serviço Móvel de Urgência / SAMU 192 Olinda, Nº ocorrência 656337, no dia 20/07/2019, aproximadamente a 12:50hs, na Rua Esquilo, Ouro Preto, via pública causas externas, acidente de trânsito (Queda de MOTO). Encaminhado para UPA Olinda.

Olinda, 19 de Novembro de 2019.

Carlos Alberto
Aux. Adm. SAMU 192 Olinda
Car: Carlos Alberto M. de Souza
Auxiliar Administrativo
Mat: 000001
SAMU - Olinda 192

Avenida Santos Dumont, N.º 177 - Varadouro Olinda - PE CEP: 53.010-230.
E-mail: samu.olinda@hotmail.com
Fone: 81 - 3439-6523



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: PEDRO DA SILVA PEREIRA

IDADE: 54 SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 20/07/19

REG: 105452

DATA DA ALTA: 26/7/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA
- FRATURA DO MALÉOLO LATERAL + POSTERIOR ESQUERDOS

TRATAMENTO REALIZADO:

- 25/07: REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS EM FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO + REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PARAFUSOS EM MALÉOLO POSTERIOR ESQUERDO + REDUÇÃO FECHADA E FIXAÇÃO INTERNA COM HASTE INTRAMEDULAR DE TÍBIA BLOQUEADA

ORIENTAÇÕES:

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

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (x) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____


Dr. Igor Alcenor
Ortopedia Traumatologia
CRM 26446

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

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



Atendimento: **1496989**

Senha da Classificação:

0130

Data e Hora: **20/07/2019 13:22**

Paciente: **165481 PEDRO DA SILVA PEREIRA**

Sexo: **MASCULINO**

Nome Social:

Data do Nascimento: **29/06/1964** Idade: **55 anos** Convenio: **2** SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: **JOSEFA ROSA DA SILVA** Nome do Pai: **JOAO MARIANO PEREIRA**

Estado Civil: **SOLTEIRO**

Nome do Médico: **ORTOPEDISTA - PLANTONISTA**

CRM: **1234567**

Endereço: **RUA MANUEL SIMPLICIO DOS SANTOS 195** Bairro: **OURO PRETO**

Cidade/UF: **OLINDA PE** Cep: **53370080** Usuário Atendimento: **TARCIANASA**

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: **88016258**

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Dores no dorso da mão há 2 dias, com dor à flexão e extensão.

Exame Físico

Alc. 35% - H.S. - D.M. -

Hipótese Diagnóstico

fx. 5555 no R.M. -

0301 06 010-0

Conduta Terapêutica

Na R.M. - op/anal - de op/anal - na 7 - op/anal

Prescrição Médica

*Diet. 2000
Insul. 400 g + 100 g 50 g 10 g
Tolo com pontos R.M.
D. 5000 pontos.*

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório

Transferido:

Para:

H.M.

Senha: **5731559**

Carimbo/Médico

Dr. Arnon Ferraz
Ortopedia / Traumatologia
CRM / PE 23980

IMOBILIZAÇÃO



1496989



UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 20/07/2019 13:16

Nome Paciente: PEDRO DA SILVA PEREIRA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 29/06/1964
Sexo: Masculino
Idade: 55
Senha: 0130
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 20/07/2019 13:17 - 20/07/2019 13:19

HEVERTON CESAR - COREN: 425244 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGENCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

TRAZIDO PELO SAMU COM HISTORIA DE QUEDA DE MOTO NEGA VOMITO E DESAMIO
REFERE DOR EM MIE, CONSCIENTE, ORIENTADO

Observação:

ALERGIA: NEGA

Programa sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: HEVERTON CESAR - COREN: 425244 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 20/07/2019 13:19

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ISMAR TIBURTINO DOS SANTOS - 28/01/2020 17:01:09

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012817010942000000056132158>

Número do documento: 20012817010942000000056132158

Num. 57064423 - Pág. 3



UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE OLINDA
GREGÓRIO LOURENÇO BEZERRA



Olinda, 27 de Novembro de 2019.

Declaração

Declaramos que na ficha do atendimento n°1496989, onde se lê o nome da mãe JOSEFA ROSA DA SILVA, leia-se ROSA DA SILVA PEREIRA. Informamos que houve uma falha na hora do cadastramento do paciente, mas que seus dados foram retificados mediante a apresentação posterior do RG: 2.429.908.

Atenciosamente,


UPA - OLINDA
Milena Moura
Coordenadora Geral

FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO FERNANDES – IMIP HOSPITALAR
UPA OLINDA

RODOVIA PE 15, S/N
CIDADE TABAJARA, OLINDA/PE
FONE: 3184-4303





PREFEITURA MUNICIPAL DE OLINDA
SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGÊNCIA/SAMU

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o Sr. **PEDRO DA SILVA PEREIRA**, portador do RG nº 2.429-90-8. SSP-PE, CPF: 433.453.104-06 foi socorrido pelo Serviço Móvel de Urgência / SAMU 192 Olinda, Nº ocorrência 656337, no dia 20/07/2019, aproximadamente a 12:50hs, na Rua Esquilo, Ouro Preto, via pública causas externas, acidente de trânsito (Queda de MOTO). Encaminhado para UPA Olinda.

Olinda, 19 de Novembro de 2019.

Carlos Alberto
Aux. Adm. SAMU 192 Olinda
Carlos Alberto A. de Souza
Auxiliar Administrativo
Mat. 000.000
SAMU - Olinda 192

Avenida Santos Dumont, N.º 177 – Varadouro Olinda - PE CEP: 53.010-230.
E-mail: samu.olinda@hotmail.com
Fone: 81 – 3439-6523

