

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190582280 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAILSON SILVEIRA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 30/01/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A
JUNIOR

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO HÁLUX ESQUERDO COM AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA AO NÍVEL DO ANTE PÉ

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER + DE REGULARIZAÇÃO DE COTO DE AMPUTAÇÃO DO HÁLUX) E ALTA MÉDICA. PÁG 10,14

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO DO 1º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PERDA ANATÔMICA INTEGRAL DO 1º DEDO DO PÉ 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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190582280 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAILSON SILVEIRA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 30/01/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A
JUNIOR

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO HÁLUX ESQUERDO COM AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA AO NÍVEL DO ANTE PÉ

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER + DE REGULARIZAÇÃO DE COTO DE AMPUTAÇÃO DO HÁLUX) E ALTA MÉDICA. PÁG 10,14

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO DO 1º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PERDA ANATÔMICA INTEGRAL DO 1º DEDO DO PÉ 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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0356473/19

Vítima: JAILSON SILVEIRA DO NASCIMENTO JUN

CPF: 718.800.084-08

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 30/01/2019

Titular do CPF: JAILSON SILVEIRA DO NASCIMENTO JUNIOR

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JAILSON SILVEIRA DO NASCIMENTO JUNIOR : 718.800.084-08

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 14/10/2019
Nome: JAILSON SILVEIRA DO NASCIMENTO JUNIOR
CPF: 718.800.084-08

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/10/2019
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

JAILSON SILVEIRA DO NASCIMENTO JUNIOR

JONATAN BARBOSA DE BARROS

Rio de Janeiro, 15 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190582280

Vítima: JAILSON SILVEIRA DO NASCIMENTO JUNIOR

Data do Acidente: 30/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAILSON SILVEIRA DO NASCIMENTO JUNIOR

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

Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190582280

Vítima: JAILSON SILVEIRA DO NASCIMENTO JUNIOR

Data do Acidente: 30/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JAILSON SILVEIRA DO NASCIMENTO JUNIOR

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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau completo 10%

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

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: JAILSON SILVEIRA DO NASCIMENTO JUNIOR

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000000648

Conta: 000000196805-5

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ 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: 0648 CONTA: 00196805 5 AGÊNCIA: CONTA:

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, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (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 às custas 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 012ª CIRCUNSCRIÇÃO - JARDIM SÃO
PAULO - DP12ªCIRC DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0102002826**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/08/2019** às
17:02

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **30/1/2019** no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **RUA CORIPOS, 1** - Bairro: **COQUEIRAL** -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
ERIKA FERNANDA DA SILVA (OUTRO)
JAILSON SILVEIRA DO NASCIMENTO JUNIOR (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): JAILSON SILVEIRA DO NASCIMENTO JUNIOR

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

JAILSON SILVEIRA DO NASCIMENTO JUNIOR (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: **MARIA DA CONCEIÇÃO LOPES DA SILVA** Pai: **JAILSON SILVEIRA DO**
NASCIMENTO Data de Nascimento: **24/11/1997** Nacionalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO /**
BRASIL Documentos: **9438823/SSPE (RG), 71880005408 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares:
- 924418214

Endereço Residencial: **3ª TRAVESSA CORIPOS, 12, CASA-B - CEP: 55000-000** - Bairro:
COQUEIRAL - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Nacionalidade: **NÃO**
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

ERIKA FERNANDA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:
Feminino Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ERIKA FERNANDA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JAILSON SILVEIRA DO NASCIMENTO JUNIOR**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJM7625** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2JC41289R000747**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **HONDA/CG 125 FAN ES**

Complemento / Observação

NOTÍCIA A VÍTIMA QUE CONDUZIA A VÍTIMA PELA RUA, QUANDO UM VEÍCULO DESCONHECIDO VEIO EM SENTIDO CONTRÁRIO, OBRIGANDO O SER. JAILSON A TENTAR UM DESVIO, O QUE NÃO CONSEGUIU, VINDO A CAIR EM SEGUIDA, FOI CONDUZIDO POR POPULAR O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, ONDE FOI SUBMETIDO A DUAS CIRÚGIAS, UMA DELAS PARA TENTAR SAVAR O ARTELHO HÁLUX DO PÉ ESQUERDO, SE SUCESSO. ANTE O EXPOSO, VEM A ESTA DELEGACIA INFORMAR O FATO E PEDIR PROVIDÊNCIAS.

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

Jailson Silveira do Nascimento Junior
JAILSON SILVEIRA DO NASCIMENTO JUNIOR
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: *Marcilio Gomes da Fonseca* - Matrícula: **202198-0**



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: 24/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAILSON SILVEIRA DO NASCIMENTO JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00648

CONTA: 000000196805-5

Nr. da Autenticação 7A9A4CDA8C5425D9



ASSOCIAÇÃO DOS MORADORES AMIGOS DO COQUEIRAL E ADJACÊNCIAS

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de provas junto as autoridades administrativas constituídas, que o morador DALSON SILVA

DO NASCIMENTO Brasileiro, estado civil SOLTEIRO

portador do RG: 9.438.823 CPF: 718.800.084-08

reside na: 3ª TRAVESSA CORIPÓS

Nº 12-B Bairro COQUEIRAL CEP: 50791-135 Município: RECIFE PE,

conforme informações das testemunhas:

1. Maria do Carmo Lopes da Silva
2. Cátia Almi Cordeiro Costa

Recife 30 de Julho de 2019

AMAC – Associação de Moradores Amigos do Coqueiral e Adjacências

Bloco Carnavalesco Rabo do Boca

09.278.187/0001-64

Associação dos Moradores
Amigos do Coqueiral e Adjacências

Rua: do Coripós, 289
Coqueiral - Cep: 50.791 - 130
Recife - PE

Rua Coripós, 289 - Coqueiral - Recife / PE
Fone: 987430176 (Gabé) 986001477 (Roberta) 985589159 (Berg)
CNPJ: 09278187/0001-64
E-mail: amac300705@hotmail.com



1152

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

Permanbuco

303-4

SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

Rua Aprígio Guimarães, s/n - Tejipio - Recife - PE - CEP: 50920-640
Fone: (81) 3182-8549

Rack: 1
35UL

Posição: 9

Nº amostra: 19
ID doente: 329678
Nome: JAILSON SILVEIRA NASCIMENTO

SERIE VERMELHA

REFERENCIA

RBC	4.75	[10 ⁶ /UL]	4.0 - 5.6
HGB	12.9	[g/dL]	12.0 - 16.0
HCT	38.1	[%]	34 - 48
MCV	80.2	[fL]	80 - 98
MCH	27.2	[pg]	25 - 32
MCHC	33.9	[g/dL]	31 - 36
RDW-SD	36.1	[fL]	38.6 - 49.1
RDW-CV	12.5	[%]	12 - 15
RBC	0.00	[10 ³ /UL]	0.0 [%]

CONTAGEM DE PLAQUETAS

PLT	261	[10 ³ /UL]	150 - 450
MPV	9.2	[fL]	9.0 - 13.0
PDM	9.7	[fL]	9.0 - 13.0
P-LCR	17.6	[%]	13.0 - 43.0
PCT	0.24	[%]	0.17 - 0.35

SERIE BRANCA

WBC	11.97	[10 ³ /UL]	4.5 - 10.0
IG	0.05	[10 ³ /UL]	0.4 [%]
NEUT	8.19	[10 ³ /UL]	68.5 [%]
LMPH	1.68	[10 ³ /UL]	14.0 [%]
MONO	1.27	[10 ³ /UL]	10.6 [%]
EO	0.79	[10 ³ /UL]	6.6 [%]
BASO	0.04	[10 ³ /UL]	0.3 [%]

WBC IP Message
Monocytosis
Eosinophilia

RBC IP Message

PLT IP Message

2.0	-	7.0	#	45	-	75%
1.0	-	4.0	#	20	-	40%
0.1	-	1.0	#	03	-	10%
0.0	-	0.7	#	0	-	7%
0.0	-	0.2	#	0	-	2%



WNR

RBC

PLT

WDF



WNR

TP- 11.7
RF- 72%
JN2- 1.21

copy

SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS - LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

Rua Aprigio Guimaraes s/n Tejipio CEP 50920-640 Fones: 3182-8546 / 8549 - PABX: 31828500

Equipamento: CMD 800i

ente:	JAILSON SILVEIRA DO NASCIMENTO	ID amost:	DIU19
aciente:	329674	Tipo de amostra:	Soro
ascimento:		Cód barra:	
e:		Data da coleta:	02/02/2017
o:	Masc	Hora da coleta:	
co:		Depart.:	3º SUL
n.:		Comentário:	

Enxame	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
COSE	96	mg/dL		70 - 100
IA	21	mg/dL		10 - 50
ATININA	0.88	mg/dL		0.70 - 1.30

/Hora solicitação: 02/02/2017

Data/Hora teste: 02/02/2017

Data/Hora impr.: 02/02/2017 10:18:25

ador: Revisor:

Página 1 de 1

Resultado somente para esta amostra





SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
SERVIÇO SOCIAL



ENTREVISTA SOCIAL

NOME: Jailson Silveira do Nascimento ^{junior} SETOR: 3 - Sul 3034

IDADE: 19 TELEFONE: 83675845 CEL: _____

RESPONSÁVEL: M. Erica Lopes da Silva (Mãe)

ENDEREÇO: Rua Coripus (3º Trav), 22. Coqueiral

PONTO DE REFERÊNCIA: Próximo Igreja Assembleia de Deus

INFORMES: _____

Paciente admitido de emergência, vítima
de acidente de moto, veio acompanhado da
irmã M. Erica

resido 21 Capangueira
Trabalha de autônomo

Orientado quanto a rotina hospitalar
- aut. aceito

31/01/17

NOME:

CLÍNICA:

ENF.:

LEITO:

DATA

HORA

EVOLUÇÃO

0-2-1 - Relatório do Bêta Curioso, Composto
por um grupo de alunos, JHSO, realizado
em Portugal, sobre E + anti p-E. Segue
em Anexo — Janeiro 1986.

07/2/17 Further reports of new
holes
for redgill amputegio
holes
vi ambr 24

07/02/17 Paciente evolui e/EGG. Condição
Queda, supnato, melhora. Dedo
OK. HUSE. Melhora. B+
F+ Ragu' em CD. ECA

8/2/17 Vi o animal com
com aspecto
c. Alta hospital

Dr. Mauricio Vasconcelos
Traumato - Ortopedia
CRM - 10452

Carla Alves
Enfermeira
COREN 460.407

Dr. Mauricio Vasconcelos
CRM 10.452
Ortopedia • Acupuntura

CNS: 893003059362558
 Paciente: 329674 **JAILSON SILVEIRA DO NASCIMENTO**
 Clínica: CORREDOR SUL
 Nasc: 24/11/1997 Idade: 19 Anos 2 Meses Sexo: MASCULINO
 Mãe: MARIA DA CONCEICAO LOPES DA SILVA
 End: 1A TRAVESSA CORIPOS
 Bairro: COQUEIRAL Cidade: RECIFE Nº: 17
 Telefone: 558197300129 Data At: 30/01/2017 14

NOME:

CLINICA:

NF.:

LEITO:

303-4

DATA HORA

31/01/17
11h

Bloco 1111 Tumor

Submetida a hot na futura exposta p/ E

[20] Solu de, VPM
 virgem perfurou / malha nova absorv
 após 48-72h

31/01/17

Admitido procedente SRPA, Consciente,
 orientado, hipnótico, FUMSE, curativo p/ F
 Nega DM, HAS e talassemia

31/01/17

Sigue sem intercorrências

01/2/17 Fictício, hálex p/ E
 pedo por Kischer
 Solu de R controle

Dr. Jailson Silveira do Nascimento
 CRM - 10452

Dr. Jailson Silveira do Nascimento
 CRM - 10452

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Jailson Silveira do Nascimento Junior
CLÍNICA: ENF.: LEITO:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
02/02/14		paciente evolui EGR, consciente, orientado, eupneico, afébril. Com JHME, urinativo limpo MTE. Relata ter passado mal após ser administrado o tramal, segue em obs. Acad Enf. Vêronica Videomundo / 14.02.14
02.02.17		Consciente, orientado, eupneico, afébril, AVP, urinativo limpo, MTE, dieta oral, diurese presente. Queixou-se de dor. - J
03/02/14		fez uso do helix bolus com compressão com nêse do dedo Solicitado aumento do parâmetro que amputação do helix pela necessidade. * Jailson Silveira do Nascimento Junior
03/02/17		Paciente evolui com EGR, consciente, orientado, eupneico, afébril. Com JHME, urinativo limpo. Relata que em obs. Acad Enf. Vêronica Videomundo / 14.02.14



SES/FUSAM

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

Nº REGISTRO:

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME:

Joulson Silveira

CLÍNICA:

ENF.:

LEITO:

DATA

HORA

EVOLUÇÃO

06/02/17

11:40h

Pte submetido a amputação hálux @
a nível de 1 MTF @ para tratamento de
necrose hálux / osteomielite apud hálux @.
sol RX controle.
VPM.

Dr. Marina Hirsche
Especialista Traumatologia
Cirurgia da Coluna
CRM 15797 - RQE 11652



**** SES/FUSAM ****
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: <u>Silvestre Silva de Nascimento</u>		Nº DO REGISTRO: <u>323519</u>
CLÍNICO: <u>Dr. João</u>		Nº DO LEITO: <u> </u>
OPERADOR: <u>Dr. Manoel Antonio</u>		
1º ASSISTENTE: <u>Dr. João Silva</u>	2º ASSISTENTE: <u> </u>	
INSTRUMENTADOR: <u> </u>	ANESTESISTA: <u>Dr. Danilo Antonio</u>	
ANESTESIA: <u>Ingu</u>	DURAÇÃO: <u> </u>	
DATA DA OPERAÇÃO: <u>17/11</u>	INÍCIO: <u> </u>	FIM: <u> </u>
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>Fratura costela nº 10 (11/10/2017)</u>		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERAÇÃO: <u>O mesmo</u>		
OPERAÇÃO PROPOSTA: <u>Redução e fixação da fratura da costela nº 10 (11/10/2017)</u>		
OPERAÇÃO REALIZADA: <u>A mesma</u>		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1) Paciente em posição decúbito lateral + Rotação interna
- 2) LC 1 - desinfeção + lavagem SF0,2% 500ml
- 3) Anestesia local importante para o procedimento
- 4) Fator de risco: fratura costela nº 10
- 5) Anestesia local: SF0,2% 500ml
- 6) Lixa distal reduzida
- 7) Unilav

Dr. Carlos Silva Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE: 17493/2007-33286



DATA: 06/02/2017

Paciente: Wilson Luiz de Nascimento Urgência: () Eletiva: (x)
 Reg: 32896381

Eletiva: (☒)

Nº Sala Cirúrgica: 02

Reg: 320967U

Atend: 61123

Circulante:

Idade: 19 anos

Cirurgião: Dr. Thaur

Auxiliar:

Anestesista (o): Dr. Sulcides

Enfermeir (a): Carolina

_instrumentador(a)

Anestesia: Propofol

Especialidade: Uro(), Uro PVL

II(), Geral PVL(

), Torácica(), Torácica PVI (

CIRURGIA: Amputação do Ala x 1, Geral PVL(), Trauma (x), CPRE(), Torácica(), Torácica PVL()

QTD	MEDICAMENTO	QTD	DESCARTÁVEIS	QTD	FIOS
	ADRENALINA AMPOLA		AGULHA 13X4,5 UNID		ALGODÃO SEM AGULHA Nº
	ÁGUA BIDESTILADA 10ml AMPOLA		AGULHA 25X07 UNID		ALGODÃO COM AGULHA Nº
	ÁGUA BIDESTILADA 500ml FA		AGULHA 40X12 UNID		CAT. GUT CROMADO Nº
	AMINOFILINA AMPOLA		AGULHA P/ PERIDURAL Nº		CAT. GUT SIMPLES Nº
	AMICACINA AMPOLA		AGULHA P/ RAQUI Nº		SEDA Nº
	ATRIACURIO (TRACURIUM) AMPOLA		ALG. ORTOPÉDICO (grm)		MONONYLON Nº
	ATROPINA AMPOLA		ATADURA DE CREPE Nº CM		MONICRON Nº
	BICARBONATO DE SÓDIO 10% AMPOLA		ATADURA GESSADA CM		FITA CARDÍACA
	CLORETO DE SÓDIO 20% AMPOLA		BOLSA DE COLISTOMIA		PROLENE Nº
	CLORETO DE POTÁSSIO 19,1% AMPOLA		CATETER SUBCÁVIA ADULTO		VICRYL Nº
	DICADRÓN AMPOLA		CATETER SUBCÁVIA PEDIÁTRICO		SOLUÇÕES
	DICLOFENACO DA SÓDIO AMPOLA		CATETER PERIDURAL		ÁGUA OXIGENADA (ML)
	LIPIRONA AMPOLA		CATETER NASAL	0 K	ALCOOL 70% (ML)
	DOPANINA AMPOLA		CERA PARA OSSO	6 K	ALCOOL IODADO (ML)
	CEFALOXILA (KEFAZOL) 1g FA		COLETOR SISTEMA ABERTO		CLOREXIDINA 2% (ML)
	CEFALOTINA (KEFUN) 1g FA		COLETOR SISTEMA FECHADO		DETERGENTE ENZIMÁTICO
	CLORIDRATO DE L-TILEFRINA (EFTORTIL) AMPOLA		COMPRESSA CIRÚRGICA C/S UNID.		ETER (ML)
	EENERGAN AMPOLA		DRENO LÂMINAR Nº		PVPi DEGERMANTE (ML)
	FUROSEMIDA (LASIX) AMPOLA		DRENO PENROSE Nº		PVPi TÓPICO (ML)
	GLICOSE 50% AMPOLA		DRENO DE SUCCÃO Nº		TINTURA BENJOIN (ML)
	GLUCONATO DE CÁLCIO AMPOLA		DRENO TORÁCICO Nº		MATERIAS
	HIDROCORTISONA 500mg		ELETRODOS		CAPOTE
	HIOCINA AMPOLA	05	EQUIPO MACRO GTS/ MICRO GTS	01	BÁSICO VÍDEO
	HYPaque AMPOLA	01	ESPARADRAPO ANT. CM		BÁSICO AZUL
	ISOFLURANE (ML)		ESPARADRAPO IMPERM. CM		BÁSICO TORÁCICO
	LIQUEMINE (HEPARINA) FA		GASES PACOTES		BÁSICO HEMORROIDECTOMIA
	MANITOL 13% / 20%		IELCO Nº		BÁSICO DE FÍSTULA
	METRONIDAZOL (FLAGYL) BOLSA		LÂMINA BISTURI Nº		BÁSICO DELICADO
	METOCLUPRAMIDA (PLASIL) AMPOLA		LIGA CLIP Nº 300		BÁSICO PROSTATE
	NEDOCAINA 0,5% C/A AMPOLA		LIGA CLIP Nº 400		LAF
	NEDOCAINA 0,5% S/A AMPOLA		LUIVA CIRÚRGICA 7,0	01	KIT URO / RTU
	NEDOCAINA 5% PESADA AMPOLA		LUIVA CIRÚRGICA 7,5		VIAS BILIARES
	NETOSTIGMINA (PROSIGMINE) AMPOLA	03	LUIVA CIRÚRGICA 8,0		OUTROS
	NOREPINEFRINA (NORA) AMPOLA	02	LUIVA DE PROCEDIMENTO		01 Zula m m
	PANCURÔNIO (PAVULON) AMPOLA	04	MÁSCARA	02 Bandejas	
	RANTIDINA (ANTAKI) AMPOLA		SONDA ENDOTRAQUEAL C/B Nº		
	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000ml		SONDA ENDOTRAQUEAL S/B Nº		
	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ml		SERINGA 1 cc		
	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ml		SERINGA 5 cc		
	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ml		SERINGA 10 cc		
	SORO GLICOSADO 10% 500ml		SERINGA 20 cc		
	SORO GLICOSADO 5% 500ml		SERINGA 60 cc		
	SORO RINGER LACTATO 500ml		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº		
	TENOXCAN (TILATIL) 40mg FA		SONDA FOLEY Nº		
	XILOCAína GELEIA		SONDA NASOGÁSTRICA Nº		
	XILOCAína SPRAY		SONDA URETRAL Nº		
	CONTROLADOS		SONDA RETAL Nº		
	ALFentanila (RAPIFEN) AMPOLA		SURGICEL UNID.		
	CLORidrato de PETidina (DOLantina) AMPOLA		TELA PROLENE CM		
	DiprIVam (PROPofol) AMPOLA		TOUCA		
	FERTAMIL FA		TORNEIRINHA 3 VIAs		
	Flumazenil (LANEXAT) AMPOLA		TRAQUEOSTOMO		
	MIDazolAn (DORMONID) 15mg AMPOLA		EQUIPAMENTOS		HORÁRIO
	MIDazolAn (DORMONID) 50mg AMPOLA		ARTROSCOPIO ()		ANESTÉSIA
	MorfIna (DIMORF) 10mg AMPOLA		ArCo CIRúRGICO OxíMETRO(X)		
	MorfIna (DIMORF) 1mg AMPOLA		BISTURI ELéCTRICO VíDEO ()		
	MorfIna (DIMORF) 0,2mg AMPOLA		CafnóGRAFO MONITOR CARdíaco(x)		
	VALium (DFazEPAM) 10 ml AMPOLA				

OME DA FIRMA:

QNT.	PRODUTO	QNT.	PRODUTO	QBS.
	CAIXA 3,5		PARAFUSO	
	CAIXA 4,5		PARAFUSO	
	CAIXA TUBO A TUBO		PARAFUSO	
	FIXADOR EXTERNO		PLACA	

CNS: 893003059362558

Atendimento: 61173

Paciente: 329674 JAILSON SILVEIRA DO NASCIMENTO

Clínica: CORREDOR SUL

Leito: COR-214

Nasc: 24/11/1997 Idade: 19 Anos 2 Meses Sexo: MASCULINO

Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO LOPES DA SILVA

End: 1A, TRAVESSA CORIPOS

Vº: 12

Bairro: COQUEIRAL

Cidade: RECIFE

Telefone: 558197300129

Data At: 30/01/2017 14

HGF
HOSPITAL
OTÁVIO DE FREITAS

30/01/17

ATEN



ACOMODADO

NOME DO ANESTESISTA

Danieli Venissino

NOME DO CIRURGIÃO

Hauricio Pinheiro

TIPO DE ANESTESIA

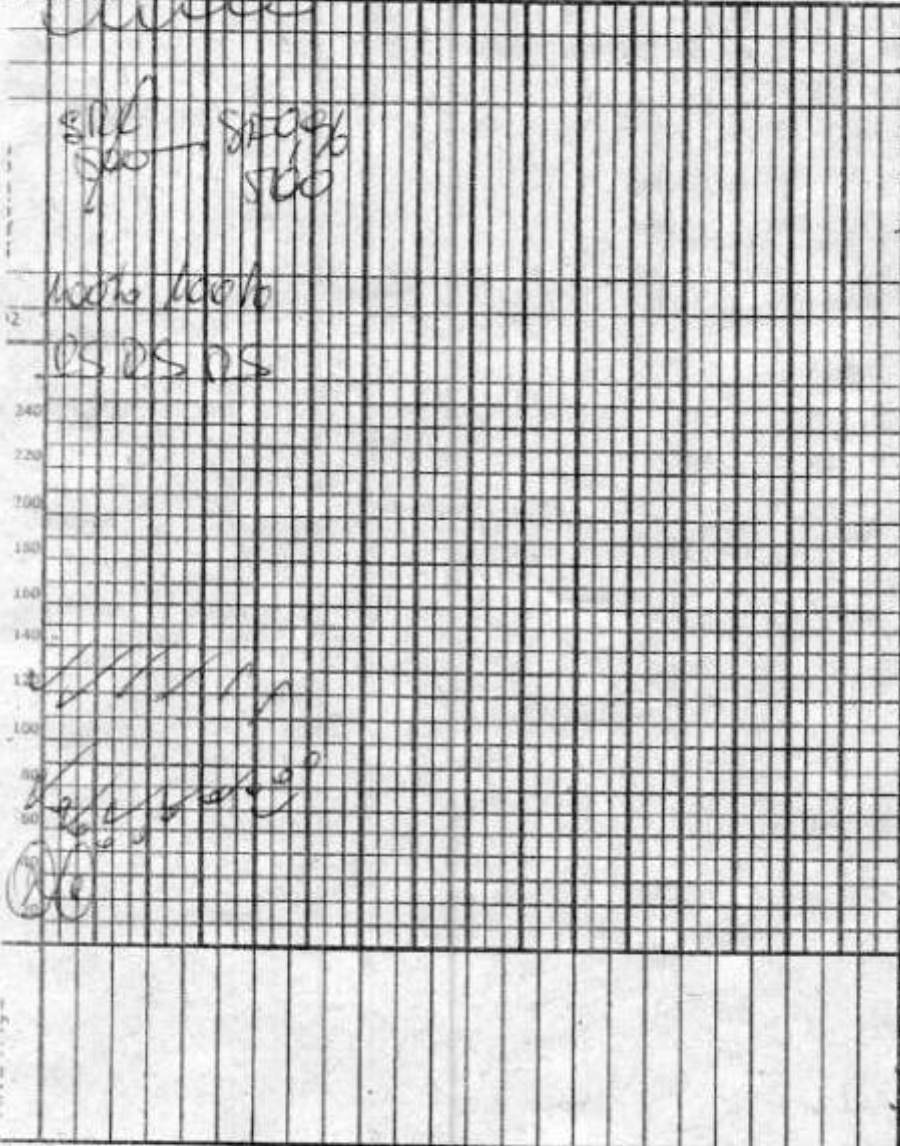
URGÊNCIA

T.MAO

S.MAO

Procedimento Cirúrgico: Ovariotomia exploratória de p.c.

9:30 10:30



DROGAS USADAS

QUANTIDADE

Midazolam	5mg
Fentanyl	100mcg
Seprina	15mg
Verfina	80mg
Kefazol	2g
Dobutrex	4mg
Temokalom	40mg
Endorfinas	5mg
Atropine	0,5mg

TÉCNICA ANESTÉSICA

Periférica

1) Monitorização
2) Manutenção da pressão
3) Assepsia e anti-sepsia
4) Volatilização do 2º estágio
5) Posicionamento da agulha
6) Limpeza do local
7) Indução de anestesia

INJEÇÃO

CARDIOSCÓPIO

BIS

SFIGMOMANÔMETRO

TEMPERATURA

PNI

SWAN-GANZ

Sonda Vesical

ANALISADOR GASES

CAPNÓGRAFO

PVC

ESTET. PRÉ-CLINICAL

ESTIMULADOR DE NERVO

OUTROS

LINHA ARTERIAL

VOLUNTARIA BIP-PLUS

ENCAMINHADO

ACORDADO

CONSENTIMENTO

INTUBADO

DESTINO

ORPA

APART./ENFER.

UTI

EXTERNO

NECROTÉRIO

INTERCORRÊNCIA

NÃO

SIM

DESCREVER:

OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO ANESTESISTA

Dr. Danieli Venissino

Anestesiologista

CRM-PE 17.270



22

TA	06.02.2017.	ATENDIMENTO	REGISTRO	329674.	ACOMODACAO
CEATE	JAILSON SILVA DO NASCIMENTO.	SEXO	M.	COR	P. 19A ASA III.
333.	NOME DO ANESTESISTA	DULCIEDIO CAVALCANTE.	NOME DO CIRURGAO	MARINA HIRSCHLE + CARLOS GONCALVES	
DICACAO PRE-ANESTESICA	NECROSS HALLUX (E) + ANTE. PE (E).	URGENCIA	() NAO	(X) SIM	TRACESSOCUBRO,
URUGIA	TRATAMENTO CIRURGICO AO NIVEL DO ANTEPE (E).				

HABO 08:45 09:45		DROGAS USADAS 1/2		QUANTIDADE ME	
2		NEOCAINA 0,5 HB1		20	
20	100% 2K/MEN.				
5F 1.000 99% A 100% 70 A 80					
PLANTÃO URGÊNCIA		307.29.017-3			
		TÉCNICA ANESTÉSICA			
		RAQUIDIANESTÉSICA ÚNICA, L3-L4, AGULHA 25G. QUENCK + NA 13. TENTATIVA BLEFETUO LCR. FISIOLÓGICO,			

INTERCORRÊNCIA		FIM/AMANHÃ		INTERCORRÊNCIA	
☒ CARDIOSCÓPIO	☐ BIS	☒ ACORDADO	☒ NÃO	☐ SIM	
☒ OXÍMETRO	☐ TEMPERATURA	☐ SONOLENTO	DESCREVER:		
☒ PNI	☐ SWAN-GANZ	☐ INTUBADO			
☐ SONDIA VESICAL	☐ ANALISADOR GASES	☐ DESTINO	OBSERVAÇÃO		
☐ CAPNOGRAFO	☐ PVC	☒ SRPA			
☐ PIST. PRE-CORDIAL	☐ ESTIMULADOR DE NERVO	☐ APART./ENFER.			
☒ OUTROS	☐ LINHA ARTERIAL	☐ UTI			
	☐ TOLEMA IBP PLUS	☐ EXTERNO			
		☐ NEOTRÓFICO	ASSINATURA DO ANESTESISTA		
					



RELATÓRIO DA OPEFAÇÃO

NOME DO PACIENTE: Paulson Silveira do Nascimento Junior
CLINICO: _____ Nº DO REGISTRO: 32967
Nº DO LEITO: _____

OPERADOR: Thales Caetano

1º ASSISTENTE: Carlos Alexandre

2º ASSISTENTE: Marina Hirschle

INSTRUMENTADOR: _____

ANESTESISTA: Dulcides

ANESTESIA: raqui

DURAÇÃO: _____

DATA DA OPERAÇÃO: 06, 02, 17

INÍCIO: _____

FIM: _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERAÇÃO: Osteomielite hálux B

OPERAÇÃO PROPOSTA: _____

OPERAÇÃO REALIZADA: Amputação ao nível do antepé B

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1) Paciente em decúbito dorsal, sob anestesia, antisepsia e antiseptia, aposição de campos estéreis
- 2) Incisão ao nível de 1ª MTF B, ali encontra nódulo comprimado de pele e subcutâneo.
- 3) Retirados fio Kirschner hálux B.
- 4) Osteotomia de todo 1º MTF B e amputação de hálux necrótico B.
- 5) Hemperda cirúrgica exaustiva cl SFO, 91. abundante
- 6) Sutura. Curativo.

Dra. Marina Hirschle
Osteopata e Fisiologia
Cirurgia da Coluna
CRM 15797 TEOT 11652



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

JUSTIÇA ELEITORAL

TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR

JAILSON SILVEIRA DO NASCIMENTO JUNIOR

DATA DE NASCIMENTO

24/11/1997

INSCRIÇÃO

100050520825

ZONA

003

SEÇÃO

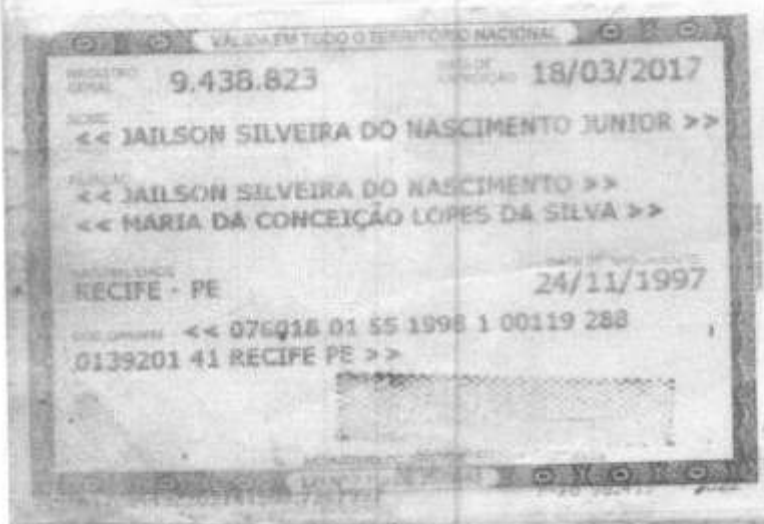
0794

MUNICÍPIO / UF

RECIFE / PE

DATA DE EMISSÃO

14/05/2019



FILIAÇÃO

MARIA DA CONCEIÇÃO LOPES DA SILVA

JAILSON SILVEIRA DO NASCIMENTO

CÓDIGO DE VALIDAÇÃO

BGAQ.GEOI.9VXJ.BTLP



Título Eleitoral emitido às 12:30 de

14/05/2019 com identificação biométrica

A autenticidade deste documento poderá ser confirmada na página do Tribunal Superior Eleitoral na internet, no endereço: www.tse.jus.br por meio do código de validação ou QR Code



Ministério da Fazenda

Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

718.800.084-08

Nome

JAILSON SILVEIRA DO NASCIMENTO JUNIOR

Nascimento

24/11/1997

