Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

14/10/2020

Número: **0044153-86.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 1ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **28/08/2020**
Valor da causa: **R$ 7.087,50**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSEANE FRANCISCO DA SILVA (REPRESENTANTE)	**PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)**
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	
EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69494173	14/10/2020 16:04	ANEXO 3	Outros (Documento)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200152013 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JOSANE GABRIELLY RODRIGUES CATANHO DA SILVA **Data do acidente:** 04/05/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA E FIBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO

Documentos complementares:

Observações: PÁG.15/16_CIRURGIA.

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**

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, 22 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200152013 **Vítima: JOSANE GABRIELLY RODRIGUES CATANHO DA SILVA**

Data do Acidente: 04/05/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

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

Pag. 01803/01804 - carta_01 - INVALIDEZ

00010902

Carta nº 15716344

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, 29 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200152013 **Vítima: JOSANE GABRIELLY RODRIGUES CATANHO DA SILVA**

Data do Acidente: 04/05/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.
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. 00993/00994 - carta_02 - INVALIDEZ

00030497

Carta nº 15733979

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 Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200152013 **Vítima: JOSANE GABRIELLY RODRIGUES CATANHO DA SILVA**

Data do Acidente: 04/05/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

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$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R$ 2.362,50

Recebedor: **JOSEANE FRANCISCO DA SILVA**
Valor: **R$ 2.362,50**
Banco: **001**
Agência: **000001361-7**
Conta: **000010046405-X**
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. 01727/01728 - carta_15R - INVALIDEZ

00010864

LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CREDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FISICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

http.. www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

É obrigatorio Representante Legal para:

Beneficiario entre 0 a 15 anos

Beneficiario entre 16 e 17 anos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIARIO OU REPRESENTANTE LEGAL

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCARIOS

CONTA POUPANÇA

CONTA CORRENTE

BANCO

AGENCIA

CONTA

AGENCIA

CONTA


locard
VISA

LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CREDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FISICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

http.. www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

É obrigatorio Representante Legal para:

Beneficiario entre 0 a 15 anos

Beneficiario entre 16 e 17 anos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIARIO OU REPRESENTANTE LEGAL

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCARIOS

CONTA POUPANÇA

CONTA CORRENTE

BANCO

AGENCIA

CONTA

AGENCIA

CONTA


locard
VISA

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 06ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO -
DP6ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **17E0096004584**

[illegible] registrada nesta unidade policial no dia **04/08/2017** às **13:02**

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado) que ocorreu no dia 4/8/2017 as 01:00

[illegible] AVENIDA CAXANGA 2500 [illegible] IPUTINGA
RECIFE PERNAMBUCO BRASIL
[illegible] NAO INFORMADO

Pessoas envolvidas na ocorrência

[illegible]

Objetos envolvidos na ocorrência

[illegible]

Qualificação das pessoa(s) envolvida(s)

JOSEANE FRANCISCO DA SILVA (presente ao plantão) [illegible] Feminino [illegible] VANDETE MARIA DA SILVA [illegible] SEVERINO FRANCISCO DA SILVA [illegible] 21/10/86 [illegible] IGARASSU PERNAMBUCO BRASIL [illegible] 7422789 SDS/PE [illegible] SOLTEIRO [illegible] GRAU COMPLETO [illegible] CAMAREIRA [illegible] 58030-802

[illegible] FRANCISCO DA SILVA (presente ao plantão) [illegible] Masculino [illegible] VANDETE MARIA DA SILVA [illegible] SEVERINO FRANCISCO DA SILVA [illegible] 25/10/1951 [illegible] IGARASSU PERNAMBUCO BRASIL

[illegible] GALLEGO DA SILVA (presente ao plantão) [illegible] Feminino [illegible] JOSEANE FRANCISCO DA SILVA [illegible] DANIELE MONICA DA SILVA [illegible] 2003 [illegible] RECIFE PERNAMBUCO BRASIL

[illegible] JOSE DA SILVA (não presente ao plantão) [illegible] Masculino [illegible] NÃO

INFORMADO PERNAMBUCO BRASIL

JOSANE GRABRIELLY RODRIGUES CAZANHO DA SILVA (não presente ao planton) - [illegible] 27.11.2009 [illegible] NAO INFORMADO PERNAMBUCO BRASIL

Qualificação dos objetos envolvidos

FIAT UNO (VEICULO) [illegible] DURVAL JOSE DA SILVA [illegible] DURVAL JOSE DA SILVA
[illegible] AUTOMOVEL NÃO INFORMADO NÃO INFORMADO [illegible] UNIDADE NÃO INFORMADA

Complemento / Observação

AS VITIMAS PRESENTES RELATAM QUE TRAFEGAVAM NA AVENIDA CAXANGA SENTIDO CIDADE NOVA QUANDO O SENHOR DURVAL QUANDO O MESMO PERDEU O CONTROLE DO CARRO E SE CHOCOU COM UM POSTE

Assinatura das pessoas presente desta unidade policial

JOSEANE FRANCISCO DA SILVA
(VITIMA)

ROSERIO FRANCISCO DA SILVA
(VITIMA)

TAIRANNY WALLESCA DA SILVA
(VITIMA)

[illegible] ANTONIO FERRAZ GOIANA LEAL [illegible] 2727863

LIDER

DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP [illegible]

http://www.seguradoralider.com.br

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

Casos com vitima entre 0 a 15 anos

Casos com vitima entre 16 e 17 anos

Casos com vitima interditada com curador

REPRESENTANTE LEGAL DA VITIMA

Assinalar uma das opções abaixo:

ERTIDÃO DE NASCIMENTO

192

Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DATA: 01.04.2018
DN: 09.04.2018

Atendendo ao requerimento da Sra. **JOSEANE FRANCISCO DA SILVA**, portadora do Documento de Identidade nº **7422789** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **067.956.344-00**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-327403**, que no dia 04 de maio de 2017, a paciente Menor **JOSANE GABRIELLY RODRIGUES CATANHO DA SILVA**, foi atendida por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, por volta das 01h30, vítima envolvida em colisão entre motocicleta com poste, na Avenida Cavangá, imediações do Colégio [illegible], Cavangá, Recife/PE e sendo encaminhada para o Hospital da Restauração, [illegible] 09 de abril de 2018.

Dr. Sergio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

Dr. **Sergio Parente Costa**
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

PRÓTESE

HR

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Numero do Registro

Ficha de Atendimento

ETIQUETA

(ALERGIA À DIPIRONA)

803937

Data e Hora de Atendimento: 04/05/2017 02:23

Unidade de Entrada: EMERGENCIA PEDIATRIA

Atendimento Manual

Cod. Paciente: 1587827 Paciente: JOSANE GABRIELE RODRIGUES CATANHO DA SILVA SIC

Data de nascimento: 22/11/2009 Idade: 7a 5m 11d Sexo: FEMININO

Estado Civil: SOLTEIRO Profissão:

Acompanhante: SEM ACOMPANHANTE

Mãe: JOSEANE FRANCISCA SILVA

Endereço: RUA LAJES Nº: 49

Bairro: MUSTARDINHA Complemento:

Cidade: RECIFE UF: PE Telefone: 988213040

Tipo do atendimento: ACIDENTE COLISAO ARVORE MURO POSTE

Procedência: VIA PUBLICA

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome:

Confirmação de endereço:

Assistente Social

Prioridades: Alta Caso Social

Encaminhamentos: Rede de apoio

Datas:

Observação:

Notificado

Vigilância Epidemiológica Hospitalar
VEH-HR/SES - NEPI

Assistente Social

Atendimento Médico

Exame Físico:

Diagnóstico:

D. Exame Neurológico — Deficiência motora: MSD ___ MSE ___ MID ___ MIE ___ Pupilas: Isocóricas ☒ Anisocóricas

Glasgow Abertura Ocular — Escore ___ Hora ___ | Glasgow Resposta Verbal — Escore ___ Hora ___ | Glasgow Resposta Motora — Escore 5 Hora ___

ECG = 15 Pupilas isocóricas

E. Exposição Abdômen: Distendido, macico

Até dor à palpação de hipo direito de MID.

Diagnóstico Inicial: ~~Politrauma~~. TCE leve
Fratura exposta MID?

Cod. Procedimento: ___

Conduta:
Ortopedia
Trauma
Raio-X MID / Raio-X pelve / bacia
NCR / Cope
HB / HT
Analgesia

Cirº Thiago Abreu
CRM 20.834

Ass. Médico: ___

Evolução de Enfermagem

Ass. Enfermagem: ___

Definição do Caso:
☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☒ Alta
Internado na Clínica
Transferido para

Condição de Alta:
☐ Curado ☒ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:
Médico ___ Data 10/5/17 Hora 14h

Termo de responsabilidade para internamento:
- Estou ciente das normas existentes neste nosocômio, pelas quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínico, cirúrgicos, incluso de transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: ___ Nome completo legível: ___
Nº da identidade: ___ Assinatura: ___

Termo de responsabilidade de alta a pedido:
- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: ___ Nome completo legível: ___
Nº da identidade: ___ Assinatura: ___

Data e Hora Impressão: 04-May-17

02h50' ORTOPEDIA PARA MOTIVO FRATURA SUGERIDA POR O. AFIRMA POLITRAUMA, DEFORMIDADE EM PERNA ⓓ CO- FERIDA PUNTIFORME EM FACE LATERAL (1/3 DISTAL) DE PERNA ⓓ
CONGESTIONADA ++ / 30-40 AD PASSIVA EM EVERTO
② CONTUSÃO
③ TALA COXO PODÁLICA
④ SOLICITO AVALIAÇÃO NCR

Dr. Fagner Athayde
Médico Ortopedista
CRM 6863 - TEOT 12551

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo MANCHESTER_V2

04 05 2017 02:17

Nome Paciente:	JOSANE GABRIELE RODRIGUES CATANHO DA S L
Cod. Paciente:	
Data de Nascimento:	22 11 2000
Sexo:	Feminino
Idade:	-
Senha:	EP0108
Convênio	
Atendimento:	

04 05 2017 02:17 - RUTHEANNE MELO DE SIQUEIRA - COREN: 308201 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade	AMARELO - URGENTE
Cor	AMARELO
Queixa Principal	VÍTIMA DE ACIDENTE DE CARRO POR HOJE TA CASA FRATURA E HOJE APRESENTA FRATURA EXPOSTA EM MMSS NEGA PERDA DE CONSCIENCIA E VOMITOS
Observação	SAMU
Fluograma e sintoma	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminadores	FRATURA EXPOSTA -
Especialidade	ORTOPEDIA
Alergias:	
Sinais Vitais Locais	- FEGUA DE DOR: 3

Acolhido(a) por: RUTHEANNE MELO DE SIQUEIRA
Data: 04/05 2017 02:17

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Ortomédica
COMÉRCIO ORTOPÉDICO LTDA.

Estrada do Encanamento 61 - Parnamirim
CEP: 52.060-210 - Recife - PE
CNPJ: 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140369-5
Fones: (81) 3268-0554 3441-6988 Fax: (81) 3269-6781

CONTROLE DE MATERIAIS UTILIZADOS EM CIRURGIA (RQ-06)

Nº 045397

1ª Via Fixa

Hospital: [illegible] Convênio: _____ Cidade: [illegible]

Nome do Paciente: [illegible] Data da Cirurgia: [illegible]

Medico: [illegible] Membro Operado: [illegible]

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT	LOTE
[illegible]		[illegible]	
[illegible]			
[illegible]		CATURADO	

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

INSTRUMENTADOR: _____

[redacted]

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente:

Enfermaria/Leito:

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente [illegible] Enfermaria Leito Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

SRPA

04/05/13

PDI Fal. esporte aos do pai ⊖

Mãe ausente, avós, empresa
FC = 96
[illegible]

Cel. Alta de SR após efeito anestésico

04/05/17 Pais ausentes na PDI 2º Oficios da Fam (D: SRL) (D), Ameaça, insistência, Hospital, PD c/ JAT, mostrou-se ao c/ hora de Sentimento [illegible] Dr. agir na Ba Imediata, Sente em [illegible]

04/05/17- Enfermagem
Menor adentrou nesta enfermaria, procedente da SR acordada, afebril, eupneica, hipocorada, hidratada, retorno em MI D + escoriações. Mãe da NEG Segundo cuidados pelos ⊕

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente | Enfermaria-Leito | Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

[illegible]

06/05/17 [illegible]

[illegible]

EVOLUÇÃO MÉDICA TRAUMATO

5/05/17 – 14:00

411-2 (587827) – Osane Gabriele Rodrigues Catarino da Silva (Px 005)

TA: Acidente automobilístico (a 03)

Fx exp: Ossos Perna D (S 82 0 0) + Px exp – FE Transarticular TNZ ?

DI: Cefaleia + Vertigem

Evolui c/ mia com dor na perna e cefaleia, mas estável hemodinamicamente. Ao exame: MID Anteriorizado + Ferida contusa presente, FO secretivo

HPP: NEN

CD: Dieta Pronta + Leito Fx + Acompanhamento conjunto com NCR e CIPE

06/05/17 – Traumatologia

HD: Fratura aberta de ossos da perna (15) direita exposta de fixador externo na imagem

Quadro de dor e melhora do M.D

Ao exame: Bom aspecto dos membros, pulsátil, colora, mobilizando os M.D.

CD: Conduta mantida.

EVOLUÇÃO MEDICA TRAUMATO

6/05/17 – 14:00

411-2 ([illegible]) [illegible] Cabral Rodrigues Catarino da Silva [illegible]

[illegible]

[illegible] Ossos Perna D [illegible] Fresco – PE Transarto Jar TNZ D

[illegible]

Evolucionado [illegible] perna D e detalhada, mas estável clinicamente. Ao Exame: MID [illegible] – Mobilidade preservada – PO secretivo

[illegible]

CD: Aguarda cirurgia + Acompanhamento conjunto com NUP

EVOLUÇÃO MEDICA TRAUMATO

7/05/17 – 14:00

411-2 [1587837] – Josane Gabriele Rodrigues Catanho da Silva (F, 9, 35)

Tu: Acidente automobilístico (4-06)

Exame: Ossos Perna D, 39 OPO tipo I - Fx exp + SE Transarticular TNZ D

[illegible]

[illegible] Estável clinicamente - Ao Exame: MID: Neurovascular + Mobilidade presentes, PO seletiva

HPP: NDN

CD: Aguardo cirurgia + Acompanhamento conforme com NCP

EVOLUÇÃO MÉDICA TRAUMATO

8/05/17 – 14:00

411-2 1587817 – Josane Gabriele Rodrigues Catarino da Silva (09/05)

7a – Acidente automobilístico (09/05)

7b – esp. Osteosíntese D. 4/5 UPL (tutor: Freire) + FE transarticular MLD

04 Cefaleia – Melhora

Evolução: Consciente e estável, orientado. Ao exame: Mio/Neurovascular + Mobilidade preservada – FE limpa

HPP: NGN

CD: Aguarda orientação – Compatibilização [illegible] NCP

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Operador

1º Assistente

2º Assistente

Anestesista

Anestesia

Duração

Data da Operação

Fim

Diagnóstico Pré-Operatório

Diagnóstico Pós-Operatório

Operação Proposta

Operação Realizada

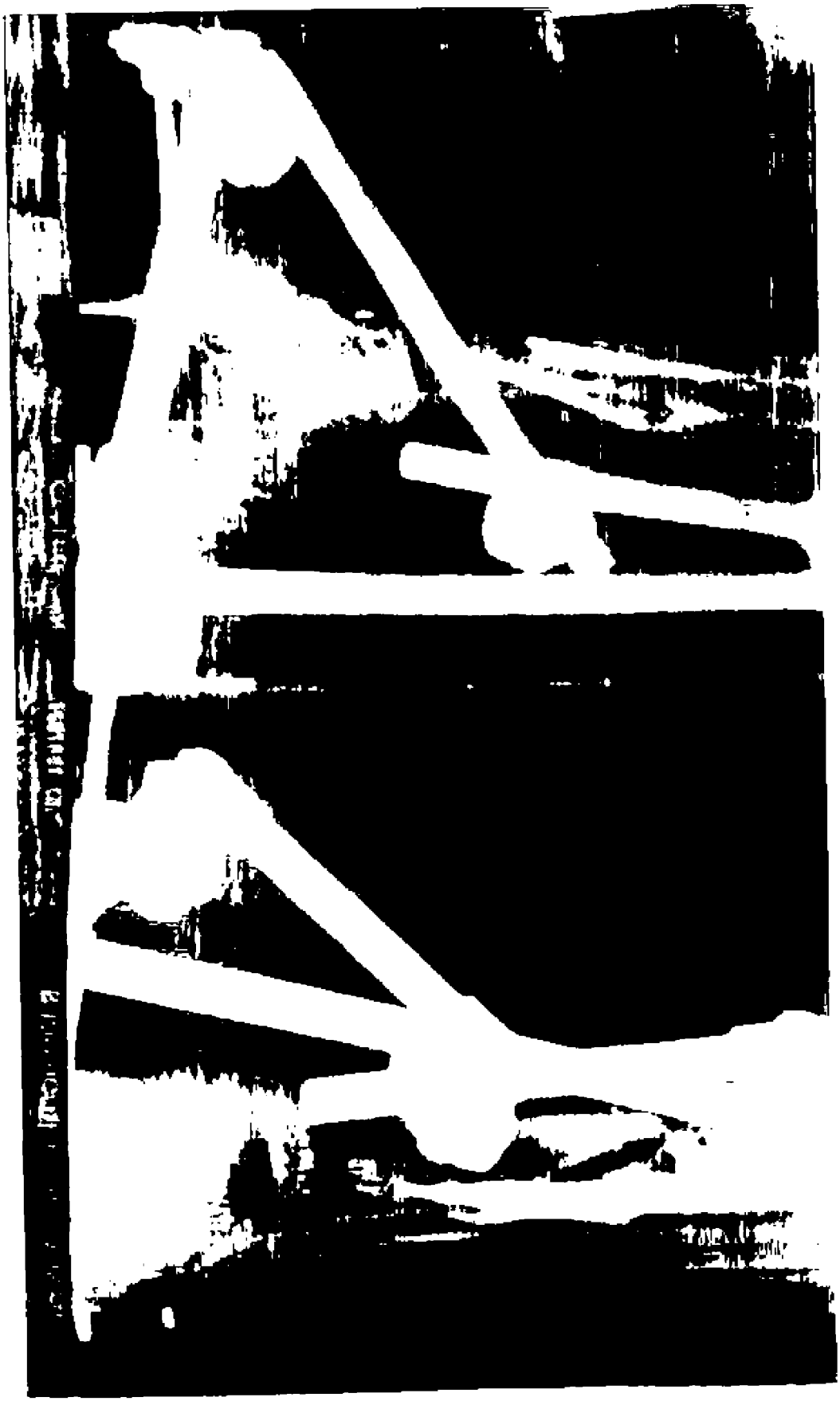
SDE 0341

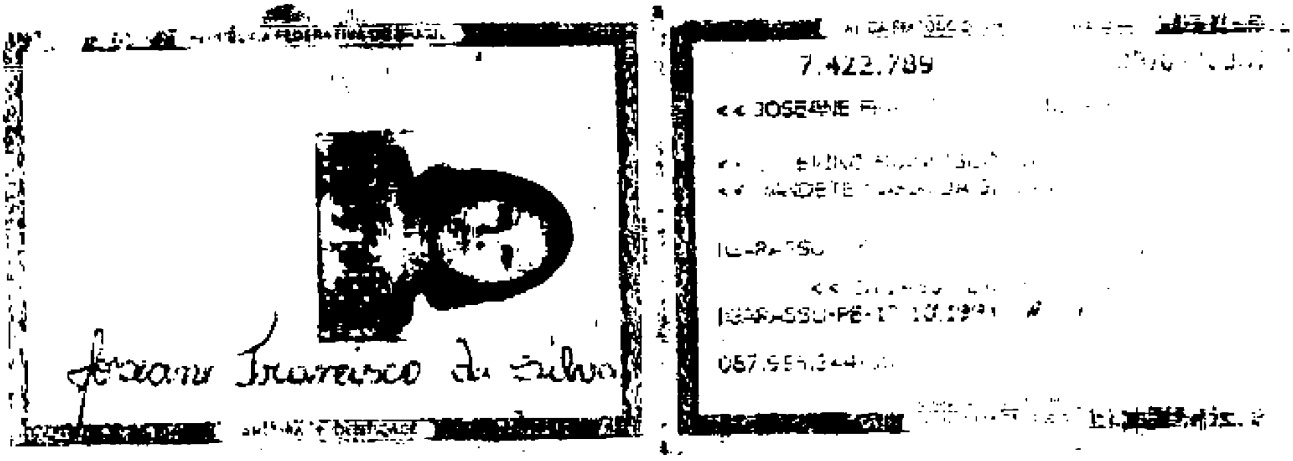
FICHA DE ANESTESIA

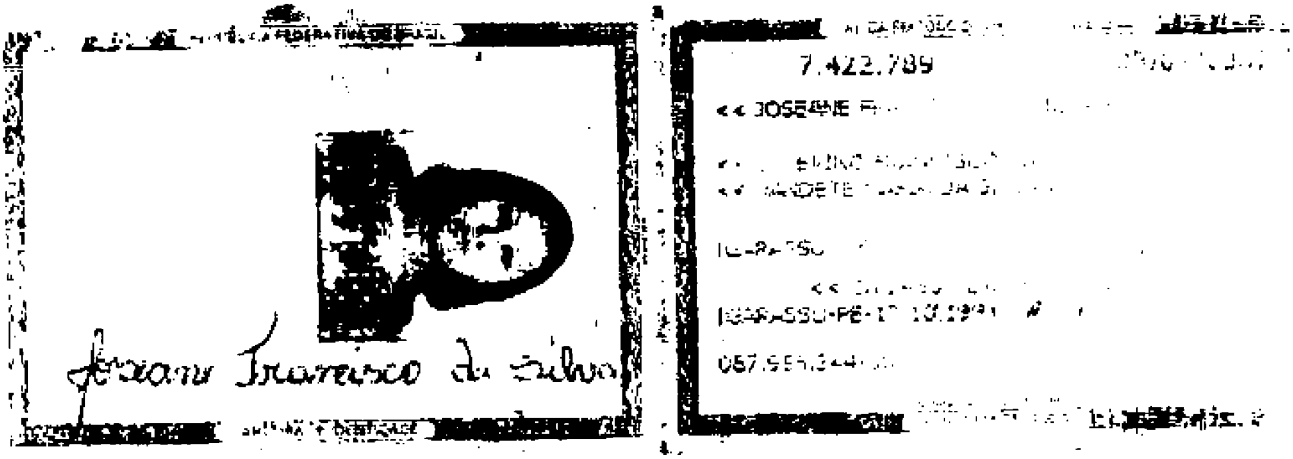
Data

HOSPITAL CARPETAURAÇÃO

PERNAMBUCO




7.422.789
<< JOSEANE
087.999.344


7.422.789
<< JOSEANE
087.999.344

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200152013 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JOSANE GABRIELLY RODRIGUES CATANHO DA SILVA **Data do acidente:** 04/05/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA E FIBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO

Documentos complementares:

Observações: PÁG.15/16_CIRURGIA.

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**

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0118345/20

Vítima: JOSANE GABRIELLY RODRIGUES CATANH

Data do acidente: 04/05/2017

CPF: 067.956.344-00

CPF de: Representante

Titular do CPF: JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSEANE FRANCISCO DA SILVA : 067.956.344-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

JOSANE GABRIELLY RODRIGUES CATANHO DA SILVA : 067.956.344-00

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: 20/04/2020
Nome: JOSEANE FRANCISCO DA SILVA
CPF: 067.956.344-00

JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/04/2020
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Caroliny Lins Veloso

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01361-7

CONTA: 000010046405-X

Nr. da Autenticação 2F9BD5112FFF45DD

LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CREDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FISICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

http.. www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

É obrigatorio Representante Legal para:

Beneficiario entre 0 a 15 anos

Beneficiario entre 16 e 17 anos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIARIO OU REPRESENTANTE LEGAL

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCARIOS

CONTA POUPANÇA

CONTA CORRENTE

BANCO

AGENCIA

CONTA

AGENCIA

CONTA

LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CREDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FISICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

http.. www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

É obrigatorio Representante Legal para:

Beneficiario entre 0 a 15 anos

Beneficiario entre 16 e 17 anos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIARIO OU REPRESENTANTE LEGAL

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCARIOS

CONTA POUPANÇA

CONTA CORRENTE

BANCO

AGENCIA

CONTA

AGENCIA

CONTA

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 08ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO -
DP8ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 17E0096004584

[illegible] registrada nesta unidade policial no dia 04/08/2017 às 13:02

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado) que ocorreu no dia 4/8/2017 as 01:00

[illegible] AVENIDA CAXANGA 2500 [illegible] IPUTINGA
RECIFE PERNAMBUCO BRASIL
[illegible] NAO INFORMADO

Pessoas envolvidas na ocorrência

[illegible]

Objetos envolvidos na ocorrência

[illegible]

Qualificação das pessoa(s) envolvida(s)

JOSEANE FRANCISCO DA SILVA (presente ao plantão) [illegible] Feminino [illegible] VANDETE MARIA DA SILVA [illegible] SEVERINO FRANCISCO DA SILVA [illegible] 21/10/86 [illegible] IGARASSU PERNAMBUCO BRASIL [illegible] 7422789 SDS/PE [illegible] SOLTEIRO [illegible] GRAU COMPLETO [illegible] CAMAREIRA [illegible] 88030802

[illegible] FRANCISCO DA SILVA (presente ao plantão) [illegible] Masculino [illegible] VANDETE MARIA DA SILVA [illegible] SEVERINO FRANCISCO DA SILVA [illegible] 25/10/1951 [illegible] IGARASSU PERNAMBUCO BRASIL

[illegible] WALLESON DA SILVA (presente ao plantão) [illegible] Feminino [illegible] JOSEANE FRANCISCO DA SILVA [illegible] DAILSON MONACO DA SILVA [illegible] 2003 [illegible] RECIFE PERNAMBUCO BRASIL

[illegible] JOSE DA SILVA (não presente ao plantão) [illegible] Masculino [illegible] NÃO

INFORMADO PERNAMBUCO BRASIL

JOSANE GRABRIELLY RODRIGUES CAZANHO DA SILVA (não presente ao planton) - [illegible] 27.11.2009 [illegible] NAO INFORMADO PERNAMBUCO BRASIL

Qualificação dos objetos envolvidos

FIAT UNO (VEICULO) [illegible] DURVAL JOSE DA SILVA [illegible] DURVAL JOSE DA SILVA
[illegible] AUTOMOVEL NÃO INFORMADO NÃO INFORMADO [illegible] UNIDADE NÃO INFORMADA

Complemento / Observação

AS VITIMAS PRESENTES RELATAM QUE TRAFEGAVAM NA AVENIDA CAXANGA SENTIDO CIDADE NOVA QUANDO O SENHOR DURVAL QUANDO O MESMO PERDEU O CONTROLE DO CARRO E SE CHOCOU COM UM POSTE

Assinatura das pessoas presente desta unidade policial

JOSEANE FRANCISCO DA SILVA
(VITIMA)

ROSERIO FRANCISCO DA SILVA
(VITIMA)

TAIRANNY WALLESCA DA SILVA
(VITIMA)

[illegible] ANTONIO FERRAZ GOIANA LEAL [illegible] 2727863

LIDER

DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP [illegible]

http://www.seguradoralider.com.br

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

Casos com vitima entre 0 a 15 anos

Casos com vitima entre 16 e 17 anos

Casos com vitima interditada com curador

REPRESENTANTE LEGAL DA VITIMA

Assinalar uma das opções abaixo:

[illegible]

Substituta

[illegible]

Escrevente Autorizada

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

[illegible] de assentamento [illegible]

[illegible]

[illegible] Maternidade [illegible] Casa Amarela [illegible]

[illegible] 24 horas

[illegible]

[illegible] MARIA DA SILVA

[illegible] Apresentou [illegible]

[illegible]

Maria da [illegible]

[illegible]

192

Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DATA: 01.04.2018
DN: 09.04.2018

Atendendo ao requerimento da Sra. **JOSEANE FRANCISCO DA SILVA**, portadora do Documento de Identidade nº **7422789** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **067.956.344-00**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-327403**, que no dia 04 de maio de 2017, a paciente Menor **JOSANE GABRIELLY RODRIGUES CATANHO DA SILVA**, foi atendida por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, por volta das 01h30, vítima envolvida em colisão entre motocicleta com poste, na Avenida Cavangá, imediações do Colégio [illegible], Cavangá, Recife/PE e sendo encaminhada para o Hospital da Restauração, [illegible] 09 de abril de 2018.

Dr. Sergio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

Dr. **Sergio Parente Costa**
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

PRÓTESE

HR

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Numero do Registro

Ficha de Atendimento

ETIQUETA

(ALERGIA À DIPIRONA)

803937

Data e Hora de Atendimento: 04/05/2017 02:23

Unidade de Entrada: EMERGENCIA PEDIATRIA

Atendimento Manual

Cod. Paciente: 1587827 Paciente: JOSANE GABRIELE RODRIGUES CATANHO DA SILVA SIC

Data de nascimento: 22/11/2009 Idade: 7a 5m 11d Sexo: FEMININO

Estado Civil: SOLTEIRO Profissão:

Acompanhante: SEM ACOMPANHANTE

Nome da Mãe: JOSEANE FRANCISCA SILVA

Pai: [illegible] Cartão SUS:

Endereço: RUA LAJES Número: 49

Bairro: MUSTARDINHA Complemento:

Cidade: RECIFE UF: PE Telefone: 988213040

Observações: Cartão de pai 1576 3134

Tipo do Atendimento: ACIDENTE COLISAO ARVORE MURO POSTE

Procedência: VIA PUBLICA

Informações do Serviço Social: Relatório atendimento social

Confirmação de nome: [illegible]

Confirmação de endereço:

Assistente Social

Prioridades: Alta Casa Social

Encaminhamentos: Rede de apoio [illegible]

Datas:

Observação:

Notificado 9 15h07

Vigilância Epidemiológica Hospitalar

VEH-HR/SES - NEPI

Assistente Social

Relato Clínico: criança vítima de acidente de carro em uma ladeira, passageira que ficou presa na cadeira de rodas, mas quando foi pra [illegible] Bruna [illegible] que estava no carro [illegible] sem acompanhante há 1h e 40min no momento

Queixa principal e história da moléstia atual: [illegible]

Atendimento Médico

Perda de consciência: Sim Não

Amnésia de Trânsito: Sim Não

Intoxicação Oculta: Sim Não

Condições de imobilização adequadas: Sim Não

Exame Físico:

[illegible]

Diagnóstico: [illegible]

Conduta: [illegible]

Médico: [illegible] CRM: [illegible]

D. Exame Neurológico — Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ — Pupilas: Isocóricas ☒ Anisocóricas ☐

Glasgow Abertura Ocular — Escore ____ Hora ____ | Glasgow Resposta Verbal — Escore ____ Hora ____ | Glasgow Resposta Motora — Escore 5 Hora ____

ECG = 15 Pupilas isocóricas

E. Exposição Abdômen: Distendido, macico

Até dor à palpação de hipo direito de MID.

Diagnóstico Inicial: ~~Politrauma~~. TCE leve. Fratura exposta MID? — Cod. Procedimento: ____

Conduta: Ortopedia. Trauma. RX MID / RX pelve / bacia. NCR / cope. HB / HT. Analgesia. — Ass. Médico: ____

Cirº Thiago Abreu CRM 20.834

Evolução de Enfermagem — Ass. Enfermagem: ____

Definição do Caso:

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

Internado na Clínica

Transferido para

Condição de Alta: ☐ Curado ☒ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Piorado ☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico ____ Data 10/5/17 Hora 14h

Dr. Leonardo Montezuma CRM 24.[illegible]

Termo de responsabilidade para internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste nosocômio, pelas quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínico e/ou cirúrgicos, incluso de transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: ____ Nome completo legível: ____

Nº da identidade: ____ Assinatura: ____

Termo de responsabilidade de alta a pedido:

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

Data: ____ Nome completo legível: ____

Nº da identidade: ____ Assinatura: ____

Data e Hora Impressão: 04-May-17

02h50' ortopedia para avaliar fratura exposta de antebraço
→ politrauma, oportunidade e perna ② c/ fechamento
punho esq e fraturas (2/3 distal) de perna ②
c/ gesso braquiforme + gesso AD perna em inverso

② cirurgia
② tala coxa podálica
② manter o gesso NCR

Dr. Fagner Athayde
Médico Ortopedista
CRM 6863 - TEOT 12551

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo MANCHESTER_V2

04 05 2017 02:17

Nome Paciente:	JOSANE GABRIELE RODRIGUES CATANHO DA S L
Cod. Paciente:	
Data de Nascimento:	22 11 2016
Sexo:	Feminino
Idade:	-
Senha:	EP0108
Convênio	
Atendimento:	

04 05 2017 02:17 - RUTHEANNE MELO DE SIQUEIRA - COREN: 308201 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade	AMARELO - URGENTE
Cor	AMARELO
Queixa Principal	VITIMA DE ACIDENTE DE CARRO POR HOJE TA CASA COM FRATURA E HOJE APRESENTA FRATURA EXPOSTA EM MMSS NEGA PERDA DE CONSCIENCIA E VOMITOS
Observação	SAMU
Fluograma e sintoma	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminadores	FRATURA EXPOSTA -
Especialidade	PEDIATRIA
Alergias:	
Sinais Vitais Locais	- FEGUA DE DOR: 3

Acolhido(a) por: RUTHEANNE MELO DE SIQUEIRA
Data: 04/05 2017 02:17

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Ortomédica
COMÉRCIO ORTOPÉDICO LTDA.

Estrada do Encanamento 61 - Parnamirim
CEP: 52.060-210 - Recife - PE
CNPJ: 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140369-5
Fones: (81) 3268-0554 3441-6988 Fax: (81) 3268-6781

CONTROLE DE MATERIAIS UTILIZADOS EM CIRURGIA (RQ-06)

Nº 045397

1ª Via Fixa

Hospital: [illegible] Convênio: _____ Cidade: [illegible]

Nome do Paciente: [illegible] Data da Cirurgia: [illegible]

Medico: [illegible] Membro Operado: [illegible]

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT	LOTE
[illegible]		[illegible]	
[illegible]			
[illegible]		CATURADO	

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

INSTRUMENTADOR: _____

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Serviço de Traumato Ortopedia

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA ORTOPÉDICA

Por este instrumento particular o(a) paciente _____ ou seu responsável legal _____ internado neste Hospital com o registro _____ declara para todos os fins legais _____ especialmente do disposto no artigo 39, VI da Lei 8.078/90 que da plena autorização ao(a) medico(a) assistente _____ para proceder as investigações necessarias ao diagnostico do seu estado de saude, bem como executar o tratamento cirurgico designado de _____ e todos os procedimentos que o tratamento medico possa requerer no(em) inclusive anestesias ou outras condutas medicas que tal tratamento medico possa requerer podendo o referido profissional valer-se do auxilio de outros profissionais de saude.

Declara, outrossim, que o referido(a) medico(a) atendendo ao disposto no art. 59 do Código de Etica Medica e no art. 9 da Lei 8.078/90, sugeriu o tratamento medico-cirurgico anteriormente citado prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados tratamento sugerido e ora autorizado.

POSSIVEIS COMPLICAÇÕES:

1. Infecção local, regional ou disseminada
2. O surgimento de inchaço pós-operatório pode se estender por meses ou anos
3. A dor pode acompanhar o paciente por tempo variável
4. Necrose da pele
5. Rejeição do material
6. Pseudoartrose ou não consolidação óssea
7. Possibilidade de cicatrizes com formação de queloides
8. Possibilidade de necessitar novo procedimento cirurgico complementar
9. Parestesia e Paraplegia
10. Riscos inerentes ao procedimento anestesico
11. Morte

Declara ainda ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, comprometendo-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) medico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si(ou ao paciente).

Declara igualmente estar ciente de que o tratamento aceitado **não assegura a garantia de cura** e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) medico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso fica o(a) mesmo(a) autorizado(a) desde já a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessivel. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Recife, 4 de Maio de 2012

Assinatura do paciente

Assinatura do responsavel

Assinatura do Medico

RG _____

Nome _____

CPF 040.742.994-78

Nome _____

CRM _____

Nome _____

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente:

Enfermaria/Leito:

EVOLUÇÃO CLÍNICA

HR

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente [illegible]

Enfermaria Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

04/05/17 [illegible]

[illegible]

Pct vítima de acidente automobilístico com trauma direto na região abdominal

Abdome flácido, [illegible] indolor à palpação

CD: [illegible] [illegible] TNF [illegible] [illegible] da trauma

04/05/17 [illegible] [illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

05/05/17 – TRAUMATOLOGIA

[illegible]

07:00h Paciente [illegible]

[illegible]

SRPA

04/05/13

PDI Fal. esporte aos do pai ⊖

Mãe ausente, avós, empresa
FC = 96
[illegible] ⊕ [illegible]

Cel. Alta de SR após efeito anestésico

04/05/17 Pais positivos no PDI de Oshos da [illegible] (D: SRL) (D), Alcoolismo, violência, Hospital, PD c/ TAT, histórico de AO c/ [illegible] de Sentimento [illegible] Cuiabá Dr. [illegible] no [illegible] Segue em [illegible]

04/05/17 - Encaminhamento
Menor adolescente nessa empresa, proveniente da SR acordada, afeiçoa empresa, [illegible], Liberado retorno em MI D + escoltas. Ficha NCA segue em cuidados pais ⊕

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente | Enfermaria-Leito | Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

[illegible]

06/05/17 [illegible]

[illegible]

EVOLUÇÃO MÉDICA TRAUMATO

5/05/17 – 14:00

411-2 (587827) – Osane Gabriele Rodrigues Catarino da Silva (Px 05)

TA: Acidente automobilístico (a 03)

Fx exp: Ossos Perna D – 1/3 DPC tibia e fx exp – FE Transarticular TNZ D

DI: Cefaleia e vertigem

Evolui c/ mia com dor na perna e cefaleia, mas estável hemodinamicamente. Ao exame: MID Anteriorizado, ascultar + Nível de lado presentes, FD secretivo

HPP: NEN

CD: Tiveu Prescrito + Gelo Rx + Acompanhamento conjunto com NCR e CIPE

Dr. [illegible]
[illegible]
CRM [illegible]

04/05/17 – Traumatologia

HD: O fratura aberta de osso da perna (5) direita exteriorizada de fragmento interno na imagem

Quadro de dor e mobilização de M.D

Não como Bom refeição deste momento permanecendo colocar membro sem M.D.

CD: C Analgésico venoso.

EVOLUÇÃO MEDICA TRAUMATO

6/05/17 – 14:00

411-2 ([illegible]) [illegible] Cabral Rodrigues Catarino da Silva [illegible]

[illegible]

[illegible] Ossos Perna D [illegible] – PE Transarto Jar TNZ D

[illegible]

Evolucionado [illegible] perna D e detalhada, mas estável clinicamente. Ao Exame: MID [illegible] – Mobilidade preservada – PO secretivo

[illegible]

CD: Aguarda cirurgia + Acompanhamento conjunto com NUP

EVOLUÇÃO MEDICA TRAUMATO

7/05/17 – 14:00

411-2 [illegible] – Josiane Gabriele Rodrigues Catanho da Silva [illegible]

[illegible] Acidente [illegible]

Fx exp. Ossos Perna D, 3º DPO [illegible] Fx exp. + SE Transarticular TNZ D

[illegible]

[illegible] Hemodinamicamente estável clinicamente. Ao Exame: MID: Neurovascular + Mobilidade presentes, PO seletiva

HPP: NDN

CD: Aguardar [illegible] + Acompanhamento conforme com NCP

EVOLUÇÃO MÉDICA TRAUMATO

8/05/17 – 14:00

411-2 1587817 – Josane Gabriele Rodrigues Catarino da Silva (04/09)

Pa: Acidente automobilístico [illegible]

Ex esp: Osteossíntese D. 4/5 LPU [illegible] + FE transarticular MMII D

D4 Cefaleia + Náusea +

Evolui com [illegible] estável [illegible] Ao exame: MMII Neurovascular + Mobilidade preservada – FC [illegible]

HPP: NGN

CD: Aguardo [illegible] NCP

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Operador

1º Assistente

2º Assistente

Anestesista

Anestesia

Duração

Data da Operação

Fim

Diagnóstico Pré-Operatório

Diagnóstico Pós-Operatório

Operação Proposta

Operação Realizada

SDE 0341

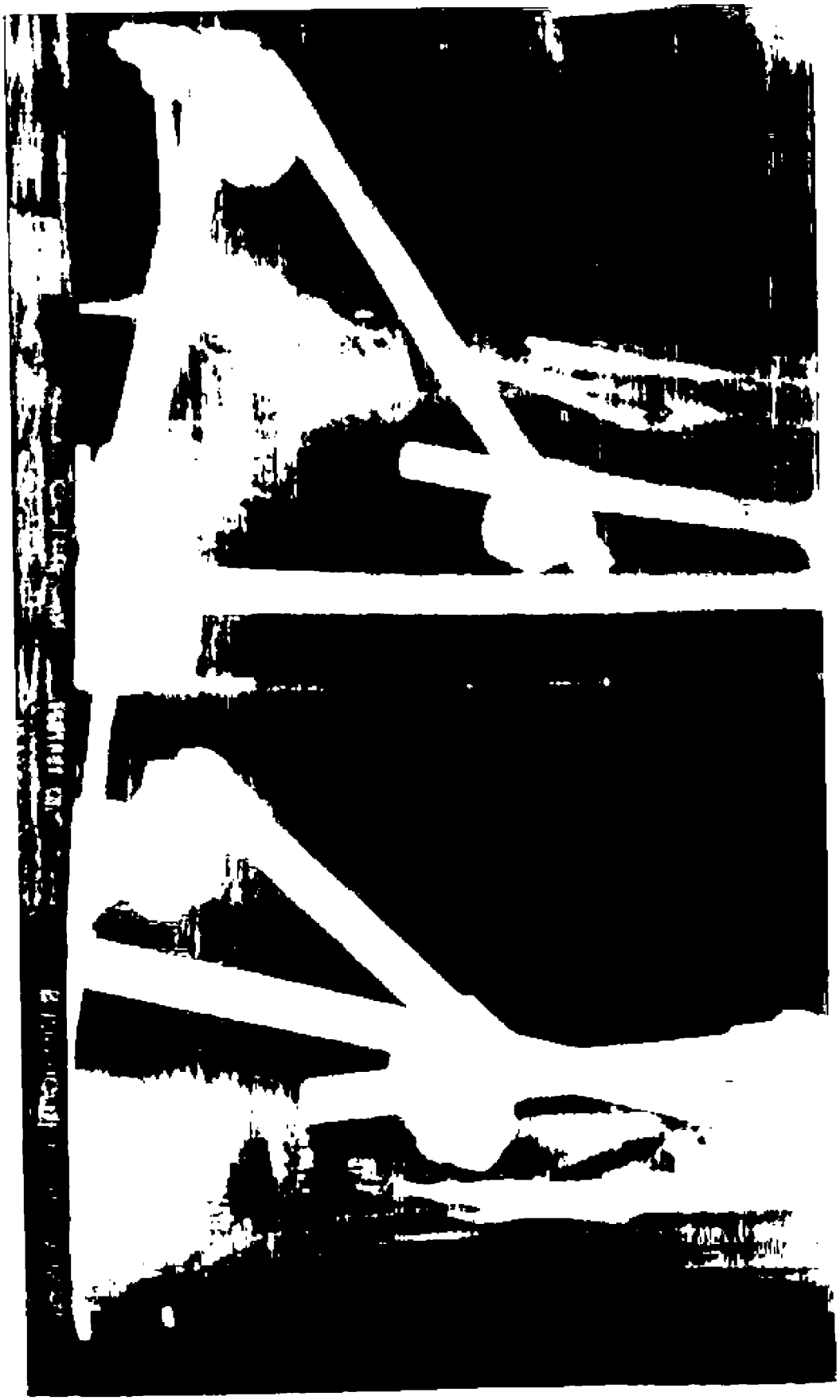
FICHA DE ANESTESIA

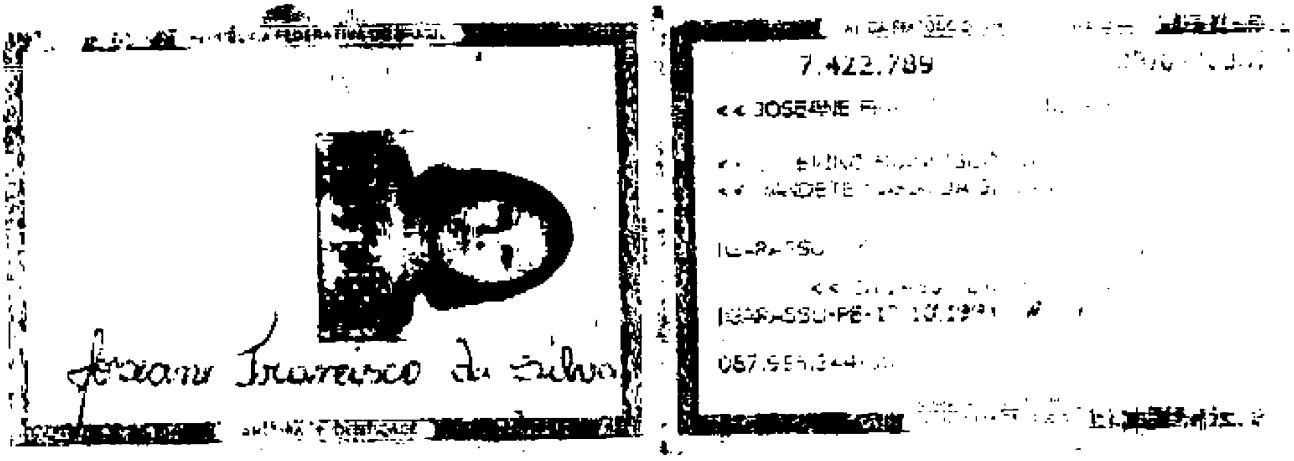
Data

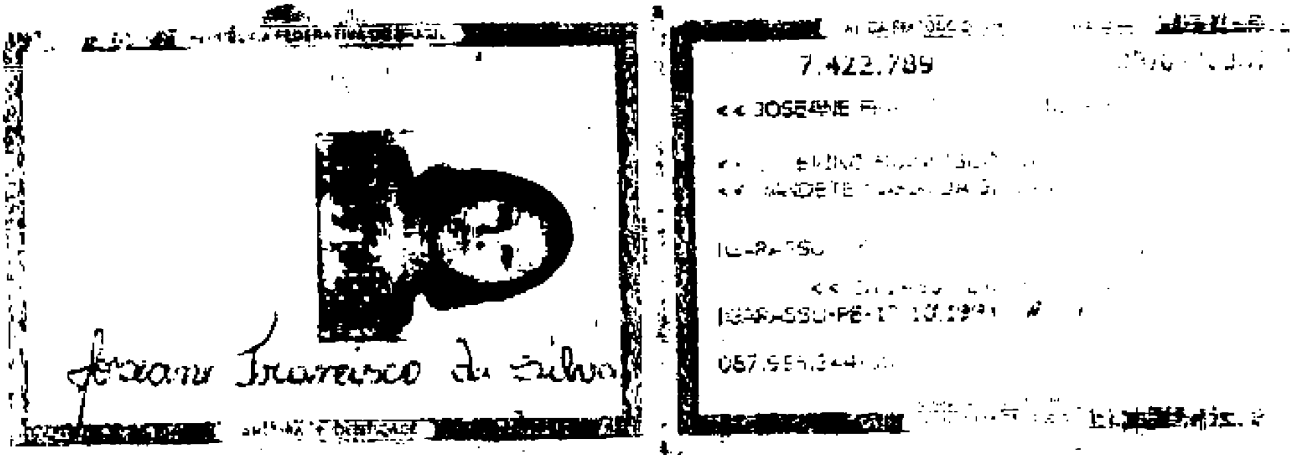
HOSPITAL RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Não X Sim




7.422.789
<< JOSEANE
087.999.344


7.422.789
<< JOSEANE
087.999.344

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0116259/20

Vítima: JOSEANE GABRIELLY RODRIGUES CATAN

Data do acidente: 04/05/2017

CPF: 067.956.344-00

CPF de: Representante

Titular do CPF: JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSEANE FRANCISCO DA SILVA : 067.956.344-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

JOSEANE GABRIELLY RODRIGUES CATANHO DA SILVA : 067.956.344-00

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: 16/04/2020
Nome: JOSEANE FRANCISCO DA SILVA
CPF: 067.956.344-00

JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/04/2020
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Caroliny Lins Veloso

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01361-7

CONTA: 000010046405-X

Nr. da Autenticação 2F9BD5112FFF45DD