



Número: **0076243-50.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 32ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.750,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JADEILSON JUVINO DA SILVA (AUTOR)		KARINA ANGELICA MONTEIRO DA COSTA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74452192	02/02/2021 09:24	ANEXO 1	Outros (Documento)



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 4020-1595 (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 05. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200299856 **Vítima:** JADEILSON JUVINO DA SILVA
Data do Acidente: 05/05/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ
Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT
Senhor(a), JADEILSON JUVINO 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, contados 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

Pqo-01311001312 - carta_01 - INVALIDEZ



Carta nº 16063040





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 4020-1595 (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, 02 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200299856 Vítima: JADEILSON JUVINO DA SILVA

Data do Acidente: 05/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JADEILSON JUVINO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag: 10086700988 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 10086706





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: 025370-404-01 3 - CPF da vítima: 082.870.404-06 4 - Nome completo da vítima: JADAILSON JUVINO DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 06/2012

5 - Nome completo: JADAILSON JUVINO DA SILVA 6 - CPF: 082.870.404-06
7 - Profissão: Não Respi 8 - Endereço: Rua Thomas Lima 9 - Número: 12 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Alto da Catedral 12 - Cidade: Jaboatão dos Guararapes 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54260-011
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 31-33695-7912

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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATE 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 POUQUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: Banco Santander

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 4500 CONTA: 01035326 9

AGÊNCIA: (Informe o dígito se existir) CONTA: (Informe o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAJDO 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 (Lei nº 6.304/74), uma vez que:

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

• O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

• O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 ranchinho(s) ou terreno(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima deixou imóvel? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha imóveis, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou passivos vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Nome legível de quem assina o pedido (a rgo): 35 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo): 36 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo):

37 - Nome: 38 - CPF: 39 - 2ª Nome: 40 - CPF: 41 - Assinatura de testemunha: 42 - Assinatura de testemunha:

43 - Local e Data: Jaboatão dos Guararapes 44 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 45 - Assinatura do Procurador (se houver):

46 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 47 - Assinatura do Procurador (se houver):

48 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 49 - Assinatura do Procurador (se houver):

50 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 51 - Assinatura do Procurador (se houver):

52 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 53 - Assinatura do Procurador (se houver):

54 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 55 - Assinatura do Procurador (se houver):

56 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 57 - Assinatura do Procurador (se houver):

58 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 59 - Assinatura do Procurador (se houver):

60 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 61 - Assinatura do Procurador (se houver):

62 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 63 - Assinatura do Procurador (se houver):

64 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 65 - Assinatura do Procurador (se houver):

66 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 67 - Assinatura do Procurador (se houver):

68 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 69 - Assinatura do Procurador (se houver):

70 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 71 - Assinatura do Procurador (se houver):

72 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 73 - Assinatura do Procurador (se houver):

74 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 75 - Assinatura do Procurador (se houver):

76 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 77 - Assinatura do Procurador (se houver):

78 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 79 - Assinatura do Procurador (se houver):

80 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 81 - Assinatura do Procurador (se houver):

82 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 83 - Assinatura do Procurador (se houver):

84 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 85 - Assinatura do Procurador (se houver):

86 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 87 - Assinatura do Procurador (se houver):

88 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 89 - Assinatura do Procurador (se houver):

90 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 91 - Assinatura do Procurador (se houver):

92 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 93 - Assinatura do Procurador (se houver):

94 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 95 - Assinatura do Procurador (se houver):

96 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 97 - Assinatura do Procurador (se houver):

98 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 99 - Assinatura do Procurador (se houver):

100 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 101 - Assinatura do Procurador (se houver):

102 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 103 - Assinatura do Procurador (se houver):

104 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 105 - Assinatura do Procurador (se houver):

106 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 107 - Assinatura do Procurador (se houver):

108 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 109 - Assinatura do Procurador (se houver):

110 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 111 - Assinatura do Procurador (se houver):

112 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 113 - Assinatura do Procurador (se houver):

114 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 115 - Assinatura do Procurador (se houver):

116 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 117 - Assinatura do Procurador (se houver):

118 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 119 - Assinatura do Procurador (se houver):

120 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 121 - Assinatura do Procurador (se houver):



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 023ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAVALEIRO -
DP23ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0113001811**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **27/06/2019** às **15:46**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **6/6/2019** às **00:30**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CURADO I (BAIRRO), 01, CURADO I, ROD. BR. 232 - Bairro: CURADO I - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL** - Pontu de Referência: **7.501038**
YEXEIRA
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
CRISTIANE MARIA DE LIRA (OUTRO)
JADEILSON JUVINO DA SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): **JADEILSON JUVINO DA SILVA**

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

JADEILSON JUVINO DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEVERINA DE FATIMA DA SILVA** Pai: **JOAQUIM JUVINO DA SILVA** Data de Nascimento: **13/4/1964** Nacionalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7802436/008/PE (RG), 0853784401 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS** Telefones Celulares: **085620817**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CAVALEIRO (BAIRRO), 22, 1ª TRAVESSA TOMAZ LIMA - CEP: - Bairro: - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: **Desconhecido** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

CRISTIANE MARIA DE LIRA (não presente no plantão) - Sexo: **Feminino** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**



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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CRISTIANE MARIA DE LIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JADEILSON JUVINO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN ES** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PE12829** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **481667829**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/NÃO INFORMADO**

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVELO/HI/SPIN** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA, JADEILSON JUVINO DA SILVA, QUE PILOTAVA A MOTO CITADA NESTE BOE, NO BAIRRO DO CURADO, QUANDO DESVIU DE VEICULO SPIN DE COR BRANCA DERRAPOU E CAIU SOFREU LESÕES, FOI CONDUZIDO PARA UPA DA IMBIRIBEIRA POR UM POPULAR, ATENDIMENTO: 1226823, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO E POSTERIORMENTE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, CONFORME O EXPOSTO PEDE PROVIDENCIAS POLICIAIS.

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

JADEILSON JUVINO DA SILVA
(VITIMA)

Jadeilson Juvino da Silva

B.O. registrado por: **MOISES MANOEL DE LIMA** - Matrícula: **388955-8**

Moises Manoel de Lima



JK



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: 18/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.750,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JADEILSON JUVINO DA SILVA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04500

CONTA: 000001035326-9

Nr. da Autenticação F4F27B080EE4ADBC





NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Salvador Energia S.A. - Salvador
Av. Adm. de Santa, 111 - São José, Recife - PE 52060-000
CNPJ 06.958.320/0001-05 - INSC. EST. 15.055.922-01 - ISENT. 00000000000000000000

DADOS DO CLIENTE

ALYSSON FERREIRA DA SILVA
PRDZ PADARIA 7 R5 TRELHAS
CPF: 033.847.884-02

ENDERÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
Tv 3 TRUPEZ, NPA-23

ALTO DA COLINA, A-15, PO
JARDIM DOS GUARANIPES PE
54200-011

CLASSIFICAÇÃO

61 - RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
MENSUAL

PERÍODO DE VIGÊNCIA	DATA	PERÍODO
11/08/2020	UNICA	04/01/2020
ANEXO	PERÍODO DE VIGÊNCIA	PERÍODO DE VIGÊNCIA
1207000	000110207	0001117

DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO
10/08/2020	07/2020
11/08/2020	26/08/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	223,49

DECOMPOSIÇÃO DA NOTA FISCAL

Descrição	Quantidade	Preço Unit.	Valor (R\$)
Consumo Residencial - USD	254,000000	0,432624	109,88
Consumo Atividade - T	254,000000	0,000000	0,00
Consumo Atividade - E			0,00
Consumo Atividade - C			0,00
Consumo Atividade - D			0,00
Consumo Atividade - F			0,00
Consumo Atividade - G			0,00
Consumo Atividade - H			0,00
Consumo Atividade - I			0,00
Consumo Atividade - J			0,00
Consumo Atividade - K			0,00
Consumo Atividade - L			0,00
Consumo Atividade - M			0,00
Consumo Atividade - N			0,00
Consumo Atividade - O			0,00
Consumo Atividade - P			0,00
Consumo Atividade - Q			0,00
Consumo Atividade - R			0,00
Consumo Atividade - S			0,00
Consumo Atividade - T			0,00
Consumo Atividade - U			0,00
Consumo Atividade - V			0,00
Consumo Atividade - W			0,00
Consumo Atividade - X			0,00
Consumo Atividade - Y			0,00
Consumo Atividade - Z			0,00

TOTAL DA FATURA

223,49

DATA	PERÍODO	DATA	PERÍODO	DATA	PERÍODO	DATA	PERÍODO	DATA	PERÍODO
11/08/2020	UNICA	04/01/2020	04/01/2020	04/01/2020	04/01/2020	04/01/2020	04/01/2020	04/01/2020	04/01/2020

PERÍODO DE VIGÊNCIA	DATA	PERÍODO	DATA	PERÍODO	DATA	PERÍODO	DATA	PERÍODO	DATA
11/08/2020	UNICA	04/01/2020	04/01/2020	04/01/2020	04/01/2020	04/01/2020	04/01/2020	04/01/2020	04/01/2020

Informações importantes:
A Nota Fiscal é emitida em nome do cliente e não pode ser utilizada para fins de comprovação de pagamento de impostos. O cliente deve manter a Nota Fiscal em seu arquivo pessoal e não deve descartá-la. A Nota Fiscal é emitida em nome do cliente e não pode ser utilizada para fins de comprovação de pagamento de impostos. O cliente deve manter a Nota Fiscal em seu arquivo pessoal e não deve descartá-la.

PERÍODO DE VIGÊNCIA	DATA	PERÍODO	DATA	PERÍODO	DATA	PERÍODO	DATA	PERÍODO	DATA
11/08/2020	UNICA	04/01/2020	04/01/2020	04/01/2020	04/01/2020	04/01/2020	04/01/2020	04/01/2020	04/01/2020

PERÍODO DE VIGÊNCIA	DATA	PERÍODO	DATA	PERÍODO	DATA	PERÍODO	DATA	PERÍODO	DATA
11/08/2020	UNICA	04/01/2020	04/01/2020	04/01/2020	04/01/2020	04/01/2020	04/01/2020	04/01/2020	04/01/2020

PERÍODO DE VIGÊNCIA	DATA	PERÍODO	DATA	PERÍODO	DATA	PERÍODO	DATA	PERÍODO	DATA
11/08/2020	UNICA	04/01/2020	04/01/2020	04/01/2020	04/01/2020	04/01/2020	04/01/2020	04/01/2020	04/01/2020



Prescrição: 1722512 Data: 05/05/2019 11:34

Usuário: ANDERSONADOS

Atendimento: 1226025 Dt Nasc: 13/04/1994 (25a 1m 15d)

Convênio: SUS - AMBULATORIO

Paciente: 596680 - JADEILSON JUVINO DA SILVA

Peso: Altura: Sup. Corporal:

Internação: 05/05/2019 02:31 0 Dia(s) Int

Médico: DEBORA DE ALMEIDA PEREIRA Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unid. Int.: Leito: Cobertura:

Cid.: S300 CONTUSÃO DO DORSO E DA Pelve Cód.: /

Diagnóstico:

Protocolo:

Classificação de Risco: URG

PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO: ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA SILVA - CRM - nº - 21731

FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

PROCEDIMENTOS MEDICOS	Qty	Unidade	SN	Ap	Frequência	Data/Horário
4 TALA GESSADA TIPO BOTA G	1					05/05/11:34
-> ATADURA GESSADA 20CM X 4,0M BRANCA	3	LN				
-> ATADURA CREPE 15CM X 4,5M TIPO S	7	LN				

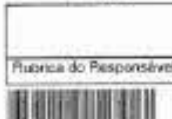
MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



Prescrição.: 1722722 Data: 05/05/2019 16:50
Usuário.: ANDERSONADOS
Atendimento: 1226025 Dt Nasc.: 13/04/1994 (25a 1m 15d)
Convênio.: SUS - AMBULATORIO
Paciente.: 556886 - JADEILSON JUVINO DA SILVA
Reso.: Altura: Sup. Corporal:
Internação.: 05/05/2019 02:31 6 Dias(s) Int
Módulo.: DEBORA DE ALMEIDA PEREIRA Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito: Cobertura:
Cid.: 8300 CONTUSAO DO DORSO E DA PELVE Cpto.: /
Diagnóstico:
Protocolo:
Classificação de Risco: URG
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.: ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA SILVA - CRM - null - 21731
FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA



Classificação de Risco: URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO MEDICA

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Api	Frequência	Data/Horário
5 CETOPROFENO IM SOL INJ 100MG - 2ML	1	AMP		IM	Agora	05/05/16:50
-> SERINGA DESCARTAVEL 3CC	1	UN				
S/ AGULHA						
-> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



Prescrição: 1722442 Data: 05/05/2019 02:35

Usuário: RODRIGO AMP

Atendimento: 1226025 Di Nasc: 13/04/1994 (25a 1m 15d)

Convênio: SUS - AMBULATORIO

Paciente: 556580 - JADEILSON JUVINO DA SILVA

Peso: 65,00kg Altura: 1,70m Sup. Corporal: 22,3

Informação: 05/05/2019 02:31 0 Dias(s) 0h

Médico: DEBORA DE ALMEIDA PEREIRA

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unid. Ins.: Leito: Cobertura:

Cid.: S309 CONTUSAO DO DORSO E DA PELLE Cid.: /

Diagnóstico:

Protocolo:

Classificação de Risco: URG

PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO: RODRIGO AMORIM DE MORAES PEREZ - CRM - null - 22017

FUNÇÃO: MEDICO(A)

2ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS	Ord.	Unidade	SN	Appl	Frequência	Datas/Horários
1 DIFENHIDRAMINA SOL.INJ. 1% - 2ML	1	AMP		IM	Agora	05/05/2019 02:35
-> SERINGA DESCARTAVEL 3CC		1 UN				
S/ AGULHA		1 UN				
-> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL		1 UN				
2 TRAMADOL CLORIDRATO SOL.INJ. 50MG - 1ML	1	AMP		IM	Agora	05/05/2019 02:35
-> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL		1 UN				
-> CLORETO DE SÓDIO SOL.INJ. 0,9%-100ML		1 FA C/100ML				
PRESENIUS/BAXTER/BRUM						
-> BICALPE N. 21		1 UN				
-> SERINGA DESCARTAVEL 3CC		1 UN				
S/ AGULHA						

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



Prescrição: 1722584 Data: 05/05/2019 10:33

Usuário: ANDERSONADOS

Atendimento: 1226025 Dt Nasc: 19/04/1994 (25a 1m 15d)

Convênio: SUS - AMBULATORIO

Paciente: 556680 - JADEILSON JUVINO DA SILVA

Peso: Altura: Sup. Corporal:

Internação: 05/05/2019 02:31 0 Dias(s) int

Médico: DEBORA DE ALMEIDA PEREIRA Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unid. Int.: Leito: Cobertura:

Cx.: S300 CONTUSAO DO DORSO E DA Pelve Cdx.: /

Diagnósticos:

Protocolo:

Classificação de Risco: URG

PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO: ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA SILVA - CRM - núº - 21731

FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

EXAMES IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apel	Frequência	Datas/Horários
3 RX CALCANEIO DIREITO AXIAL / PERFIL ; Exame: 314287	1					05/05/2019 10:33

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojc





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: JADEILSON JUVINO DA SILVA	PRONTUÁRIO: 1677186	ATENDIMENTO: 01423002
DATA DE NASCIMENTO: 13/04/1994	FOI ATENDIDO EM: 05/05/2019 Às	
	DATA DA ALTA: 10/05/2019 ÀS 15:40	

Diagnóstico Provável:

TRM LOMBAR (fratura L1)

CID-10: S32

Tratamento Realizado:

ARTRODESE T12-L2 VP (07/05/19)

Observação:

PACIENTE RECEBE ALTA EM BÓAS CONDIÇÕES, FRANKEL E

LAVAR FERIDA OPERATÓRIA COM ÁGUA E SABÃO NEUTRO PELO MENOS 2 VEZES AO DIA

RETRIRAR PONTOS EM 10 DIAS APÓS ALTA HOSPITALAR

ATASTAMENTO DAS ATIVIDADES LABORAIS POR 90 (NOVENTA) DIAS

Encaminhado para:

AMBULATÓRIO DE NEURÓCIRURGIA (DR DEÓCLIDES) EM 10 DIAS

RAFAEL BAPTISTA DE ASSIS - CRM: Nº.24209

Recife, 10, MAIO, 2019

ATENÇÃO:

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Av. Agamenon Magalhães, 5/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400





Estado do Encanamento, 61 - Parnamirim
CEP: 52.080-210 - Recife - PE
CNPJ: 24.061.637/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140009-5
Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6968 Fax: (81) 3269-6761

CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA
(RQ-05)

Nº 058248

1º Via Fixa

Hospital: H.R. 1677 186 Convênio: SUS Cidade: RECIFE
Nome do Paciente: JOSEILSON JUNIOR DA SILVA Data da Cirurgia: 07-08-19
Médico: DR. DIOCLIDE Membro Operado: TRM LOMBAR

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
HASTES		02	01296
PARAFUSOS		04	
BLOQUEADORES		04	

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					

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR: _____





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

PROTESE

PERNAMBUCO

COM
TÍTUL
DATA

Unidade de Saúde: HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente: Osáilson Junior de Silva Nº do Registro: 1677186

Clínica: N.R. Nº do Leito:

Operador: (baptista) Peaclean S. S. S.

1º Assistente: 2º Assistente:

Instrumentador: Anestesista: Dra. Reguil

Anestesia: Duração:

Data da Operação: 07/03/19 Início: Fim:

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura de L2 tipo B

Diagnóstico Pós-Operatório: O mesmo

Operação Proposta: Antebra TIU - L2 via posterior

Operação Realizada: A ressecção

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1) Foi feita a descolagem da pele e do tecido adiposo na região da antebra.
- 2) Iniciada a incisão para acesso ao rodízio de TIU L2.
- 3) Realizada a descompressão do rodízio de TIU L2.
- 4) Com o auxílio do rodízio, realizou-se a ressecção da antebra em TIU L2.
- 5) Foi feita a fixação da placa e bloqueio.
- 6) Foi feita a drenagem.
- 7) Foi feita a fixação da pele.
- 8) Aplicação de bandagem.
- 9) Curativo.



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO		PROTESE	
RELATÓRIO DE OPERAÇÃO			
Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO			
Paciente :	João Wilson Ferreira de Silva	Nº do Registro :	167-186
Clinica :	NIP	Nº do Leito :	
Operador : (Lactônio) Maciel de Souza			
1º Assistente :		2º Assistente :	
Instrumentador :		Anestesista : Dr. Riquel	
Anestesia :		Duração :	
Data da Operação :	07/03/19	Início :	Fim :
Diagnóstico Pré-Operatório : Ferimento de LL tipo B			
Diagnóstico Pós-Operatório : O mesmo			
Operação Proposta : Antebra tipo LL via percutânea			
Operação Realizada : A mesma			
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO			
1) Foi feita a anestesia virtual, aplicando-se 4 pontos de infiltração gel. 2) Foi feita a incisão da pele e da carne de 1 cm. 3) Foi feita a incisão da pele e da carne de 1 cm. 4) Foi feita a incisão da pele e da carne de 1 cm. 5) Foi feita a incisão da pele e da carne de 1 cm. 6) Foi feita a incisão da pele e da carne de 1 cm. 7) Foi feita a incisão da pele e da carne de 1 cm. 8) Foi feita a incisão da pele e da carne de 1 cm. 9) Foi feita a incisão da pele e da carne de 1 cm. 10) Foi feita a incisão da pele e da carne de 1 cm.			

COD. 0342



20.14
1.15
TAM - F. C. I

Exat
ECC - 15
Sem afrenta

us
177
6.6 x 10
41 - 1/2

177





Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Ardoilsem Jelisaw de Plun

1677186

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

27/05/19 # 592 PA - Torques dis

18: Sed. HD: POI Antracose - for - L₂

Paciente estrobal. Rinsos montes.
Voces quoniam clinicos.

As exms: Est, Loto, Supérnico

MW @ 4000 4000 51 400 500 1600

RR em of Prof 145 to 75 10:10 to 11:15

ADD/EXT - KODU

BC 6 15 / 51 Minis four

CD: 1) Albu da Siza.

CP. Approved
Card No. 10
Card No. 10
Card No. 10
Card No. 10

Chlois

12 Dto. Antioquia de Colombia, Agosto

Диа. р. левостр. атр-ф

Vorher noch auf den unteren

-Escreva seu texto

Ad 50/6)

Apr 10

10' 242091/1637082

Ab 99

James Van

How to use the book? Read it from the beginning.

centri hétérogènes de l'énergie d'attraction

2. Die ersten vierzehn Jahre des Lebens

Handwritten: 2.1, 2.2, 2.3, 2.4

COD. 0123



Warrant
of the
Honorable
Peers of the

Ingresso P. 10000 de Lima
Médico
CREMEPE 6258



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
PERNAMBUCO

FICHA DE ANESTESIA Data: 01/04/2021

Paciente: Pauloilson Junior da Silva Sexo: M Cor: Br Idade: 35 Raca: E

CRM: 151012 Nome do Anestesiologista: Antonio YVES Cordeiro de Mello Junior Nome do Cirurgião: Dr. [illegible]

Inscrição no Conselho: NR 16.7786 / 1922434 Urgência: ☒ Não ☐ Sim

Grupos: Intubação torácica com leve

Medicamento	Dose	Via	Observações
Propofol	20mg	IV	
Vecuronio	30mg	IV	
Midazolam	30mg	IV	
Remifentanyl	2mg	IV	
Propofol	20mg	IV	
Vecuronio	30mg	IV	
Midazolam	30mg	IV	
Remifentanyl	2mg	IV	
Propofol	20mg	IV	
Vecuronio	30mg	IV	
Midazolam	30mg	IV	
Remifentanyl	2mg	IV	
Propofol	20mg	IV	
Vecuronio	30mg	IV	
Midazolam	30mg	IV	
Remifentanyl	2mg	IV	

Monitorização: ☒ ECG ☒ Temperatura ☒ SPO2 ☒ Pressão Arterial ☒ Pressão Venosa Central ☒ Pressão Intra-torácica ☒ Pressão Intra-ocular ☒ Pressão Intra-abdominal ☒ Pressão Intra-craniana ☒ Pressão Intra-ocular ☒ Pressão Intra-abdominal ☒ Pressão Intra-craniana

Observações: Intubação torácica com leve

Assinatura do Anestesiologista: Antonio YVES Cordeiro de Mello Junior

COD. 0152



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PACIENTE Dr. Carlos Alberto

CIRURGIA Transcatheter Aortic Valve Replacement

RELACÃO DE MATERIAIS USADOS EM CIRURGIA

REGISTRO 16-1-186

data 15-1-19 CIRCULANTE

HR 40 anos

QNTD	MATERIAL	QNTD	MATERIAL	QNTD	MEDICACÃO	QNTD	MEDICACÃO
1	Agulha 25x07	1	Fio protênico s/a	1	Adrenalina	1	Metoprolol (plasil)
2	Agulha 40x12	1	Fio de seda	1	Agua destilada 10ml	1	Neloxona (narcen)
1	Agulha 13x4	1	Fio simples	1	Alcurônio	1	Neocadina
1	Agulha de bloqueio	1	Fio simples	1	Alfentanila (rapifen)	1	Neostigmina
1	Atad. Crepe	1	Fita cardiaca	1	Antibiótico	1	Pancurônio
1	Atad. Gestada	1	Gase	1	Atropina	1	Pomada oftálmica
1	Capa microscópio	1	Hemostático	1	Bicarbonato de sódio	1	Propofol
1	Capa de vídeo	1	Lâmina bisturi nº 11 (15)	1	Cedilante	1	Ranitidina
1	Cat. Subclávia	1	Luva cirúrgica nº 7.0	1	Cetoprofeno	1	Rocurônio (esmeron)
1	Cat. venopuncção nº 18	1	Luva cirúrgica nº 7.5	1	Dexametasona	1	Sevorane
1	Cat. de oxigênio	1	Luva cirúrgica nº 8.0	1	Diazepam	1	Soro fisiológico 300ml
1	Cera óssea	1	Luva de procedimento	1	Dipirona	1	Soro Ringer 500ml
1	C. de urina fechado (aberto)	1	Seringa insulina (1) 5cc	1	Dopamina	1	Suxametônio (quelicin)
1	Compressa cirúrgica	1	Seringa 10cc (1) 20cc (1)	1	Dormonid	1	Tetracul
1	Conexão 2 vias	1	Sistema de drenagem	1	Enfurano	1	Vitamina C
1	Eletrodo	1	Sonda de Foley nº (1)	1	Etiletrina (elfortil)	1	Vitamina K
1	Eq. De bomba	1	Sonda nasogástrica nº (1)	1	Fenilolona (hidantal)	1	Xilocalina C/A
1	Eq. De soro	1	Sonda uretral nº (1)	1	Fenitil	1	Xilocalina S/A
1	Fio cromado	1	Tornela de 3 vias	1	Furosemida (lasix)	1	Xilocalina 2ml
1	Fio cromado	1	Uldro de aspiração	1	Gelafundin	1	Xilocalina geléia
1	Fio de aço	1	Uldro de aspiração	1	Glicose 10ml	1	Xilocalina geléia
1	Fio de aço	1	Uldro de aspiração	1	Glucronato de sódio	1	Xilocalina geléia
1	Fio de algodão c/a	1	Uldro de aspiração	1	Heparina	1	Xilocalina geléia
1	Fio de algodão c/a	1	Uldro de aspiração	1	hidrocortisona	1	Xilocalina geléia
1	Fio de algodão s/a	1	Uldro de aspiração	1	Hypnomidate	1	Xilocalina geléia
1	Fio de algodão s/a	1	Uldro de aspiração	1	Isoturano	1	Xilocalina geléia
1	Fio de nylon	1	Uldro de aspiração	1	Lanexal (flumazil)	1	Xilocalina geléia
1	Fio de nylon	1	Uldro de aspiração	1	Manitol	1	Xilocalina geléia
1	Fio protênico c/a	1	Uldro de aspiração	1	Meprendina (Dolanina)	1	Xilocalina geléia
1	Fio protênico c/a	1	Uldro de aspiração	1		1	Xilocalina geléia
1	Fio protênico s/a	1	Uldro de aspiração	1		1	Xilocalina geléia

Cod. 0193



REGISTRO DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO HB

PACIENTE: André Luiz de Jesus REGISTRO: 1677186
IDADE: 25 SEXO: M () F () SETOR DE PROCEDÊNCIA: emergência

1-EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGIÃO: Dr. André ANESTESISTA: Dr. Rafael
1ª AUXILIAR: André INSTRUMENTADOR: Dr. André
ENFERMEIRA: André CIRCULANTE: Dr. André

2-DADOS DA CIRURGIA

CIRURGIA: Teste de gelatin INÍCIO: 16:00 TÉRMINO:
TIPO DE ANESTESIA: geral INÍCIO: TÉRMINO:

3-DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

ESTADO GERAL (BOM) (REGULAR) (GRAVE) (MORTAL) SÍNDROME DE DESCOMPENSO CIRCULATÓRIO () FÓRMULA DE COAGULAÇÃO () HEMODIÁLISE ()
RADIACÃO IONIZANTE () TUMOR () TRAQUEOSTOMIA () CIRCULAÇÃO PERIFÉRICA () FUSÃO ()
FELICITAÇÃO () RESPOSTA () PRIMEIRA ESPONTÂNEA () SONDAGEM UTERINA () SONDAGEM VESICAL ()
PREPARAÇÃO CIRÚRGICA () SONDAGEM () SONDAGEM () SONDAGEM () SONDAGEM ()

4-TRANS-OPERATÓRIO

POSICIONAMENTO () SUPINO () SUPINO () SUPINO () SUPINO () SUPINO () SUPINO () SUPINO ()
CONTAGEM DE INSTRUMENTOS () CONTAGEM DE INSTRUMENTOS () CONTAGEM DE INSTRUMENTOS () CONTAGEM DE INSTRUMENTOS ()
ANESTESIA () ANESTESIA () ANESTESIA () ANESTESIA () ANESTESIA () ANESTESIA () ANESTESIA ()
CIRURGIÃO () CIRURGIÃO () CIRURGIÃO () CIRURGIÃO () CIRURGIÃO () CIRURGIÃO () CIRURGIÃO ()
CIRURGIÃO () CIRURGIÃO () CIRURGIÃO () CIRURGIÃO () CIRURGIÃO () CIRURGIÃO () CIRURGIÃO ()

5-EQUIPAMENTOS/MATERIAIS

MONITOR () OXÍMETRO () CAPNÓMETRO () PNI () ASPIRADOR () MANTA TÉRMICA () AP. VIDEO () TORPÊDO DE NITROGÊNIO () TORPÊDO DE CO2 () BISTURI ELÉTRICO () MICROSCOPIO () CAVITRON () INTENSIFICADOR () BOMBA DE INFUSÃO () DIFUSOR () ESTIMULADOR DE NERVOS () DERMATÓMIO () BISTURI ULTRASSÔNICO ()
INSTRUMENTAIS CONSIGNADOS SIM () NÃO ()

6-PEÇA CIRÚRGICA/EXAMES

EXAME PATOLÓGICO () EXAME PATOLÓGICO () EXAME PATOLÓGICO () EXAME PATOLÓGICO ()
IDENTIFICADO POR () IDENTIFICADO POR () IDENTIFICADO POR () IDENTIFICADO POR ()
CULTURA () CULTURA () CULTURA () CULTURA () CULTURA () CULTURA () CULTURA ()



TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Nome do Paciente: JADEILSON JUVINO DA SILVA
Data de Nascimento: 13/04/1994 Data Atendimento: 24/05/2019
Prontuário: 0000556689 Cód. Atendimento: 01234450
Nome do Hospital: HOSPITAL DOM HELDER
Senha: 5691155

Transporte: ☒ Ambulância Básica ☐ Ambulância Avançada ☐ Próprio
☐ Acompanhamento Médico

Observação: PACIENTE COM RELATO DE DOR EM TORNOZELO APÓS TRAUMA CONTUSO HA 20 DIAS. NEUROVASCULAR PRESERVADO.
RAIOX : FRATURA DE CALCANEÓ E

Recife, 24 de Maio de 2019

Méico: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA
CRM: 24967

Dr. Jorge Ferraz
CRM: 24967
C.R.C. 00000000000000000000





HOSPITAL
DOM HELDER CAMARA



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: 1 Jason Leon Turin Registro: 416864

Clinica: _____ Enfermaria: Verde Leito: _____

Data/Hora	# Serviço Social #
25.03.19	Realização atendimentos a esposa do paciente para entrevista social e orientações quanto normas e rotinas, rede de suporte, participação social e seguro DPVAT.
	 Luciana Maria Barbosa da Silva Assistente Social CRESS nº 70412 - 4ª Região DF



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo de Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 25/05/2019 09:08



Nome Paciente: ADEILSON JUVINO DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 13/04/1994
Sexo: Masculino
Idade: 25
Senha: 0011
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 25/05/2019 09:33 - 25/05/2019 09:35

GECIANE SOARES DE ANDRADE - COREN: 367247 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: NAO URGENTE - VERDE

Cor: VERDE

Queixa Principal: PACT. CHEGA AO SERVIÇO ENCAMAINADO DA UPA DA IMBIRIBEIRA COM SENHA 5691155, HD FRAT. DE CALCANEIO E. NEGA HAS + DM + ALERTGIA MEDICAMENTOSA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR LEVE (1-3/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: GECIANE SOARES DE ANDRADE - COREN: 367247 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 25/05/2019 09:35

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
ATENDIMENTO AMBULATORIAL - EGRESSO



Atendimento: 505269

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Data e Hora: 11/06/2019 08:39

Paciente: 116854 JADEILSON JUVINO DA SILVA Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 13/04/1994 Idade: 25 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
Nome da Mãe: SEVERINA DE FATIMA DA SILVA Nome do Pai: JOAQUIM JUVINO DA SILVA
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CAI CRM: 13763
Endereço: TRAVESSA ALFREDO DE FRE - 22 Bairro: CAVALEIRO
Cidade/UF: JABOATÃO DOS GUARARAPES PE Usuário Atendimento: CINTHIAEABC
RG (Identidade): 7862436 SDS PE Data de Emissão: 15/06/2016
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 08537040401 Fone:
CRN (Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

HDA - HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL

30 dias de dor com caráter colica e
calor no abdome inferior

EXAME FÍSICO

Temperatura: () 37,0 Retorno 15 dias
Pressão Arterial: () 120/80
Peso: () 70 kg
Altura: () 1,70 m
Outros: () Auscultação normal

SOLICITAÇÃO PARA CONSULTA DE RETORNO

Data do Retorno: _____ Hora do Retorno: _____

Médico do Retorno: _____

Anotações: _____

Carimbo/Médico

HCA - Hospital Dom Helder Câmara
Jefferson Mello
12 JUN 2019

OBS: Ao final da consulta encaminhar essa ficha para o atendimento (recepção). Caso a solicitação de retorno seja preenchida o setor (ambulatorio de egresso) fará o agendamento tipo 2 (Retorno).





HOSPITAL
DOM HELDER CAMARA



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Name: 1 Jacobson, Jerome Registro: 446869

Clinica: _____ Enfermaria: 70404 Leito: _____

Data/Hora	# Serviço Social #
25-05-19	Realização atendimento e escuta do paciente para entrevista social e orientações quanto normas e rotinas, rede de suporte, proteção social e seguro DPVAT.
	Lúcio Manoel Barros da Silva Assistente Social CRESS nº 10412 - RJ/Rio de Janeiro



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo de Classificação de Risco - Protocolo
Data e hora retirada da senha: 25/05/2019 09:08

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP



Nome Paciente: ADEILSON JUVINO DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 13/04/1994
Sexo: Masculino
Idade: 25
Senha: 0011
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 25/05/2019 09:33 - 25/05/2019 09:35

GECIANE SOARES DE ANDRADE - COREN: 367247 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: NAO URGENTE - VERDE

Cor: VERDE

Queixa Principal: PACT. CHEGA AO SERVIÇO ENCAMAINADO DA UPA DA IMBIRIBEIRA COM SENHA 5691155, HD FRAT. DE CALCANEIO E. NEGA HAS + DM + ALERTGIA MEDICAMENTOSA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR LEVE (1-3/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: GECIANE SOARES DE ANDRADE - COREN: 367247 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 25/05/2019 09:35

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo de Classificação de Risco - Protocolo
Data e hora retirada da senha: 25/05/2019 09:08

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP



Nome Paciente: ADEILSON JUVINO DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 13/04/1994
Sexo: Masculino
Idade: 25
Senha: 0011
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 25/05/2019 09:33 - 25/05/2019 09:35

GECIANE SOARES DE ANDRADE - COREN: 367247 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: NAO URGENTE - VERDE

Cor: VERDE

Queixa Principal: PACT. CHEGA AO SERVIÇO ENCAMAINADO DA UPA DA IMBIRIBEIRA COM SENHA 5691155, HD FRAT. DE CALCANEIO E. NEGA HAS + DM + ALERTGIA MEDICAMENTOSA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR LEVE (1-3/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: GECIANE SOARES DE ANDRADE - COREN: 367247 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 25/05/2019 09:35

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





CÓDIGO DE CONTROLE
9AC2.8C9D.8C6B.2B71

A autenticação deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 14:08:57 do dia 15/06/2016 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
085.370.404-01

Nome

JADEILSON JUVINO DA SILVA

Nascimento
13/04/1994

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200299856 Cidade: Jaboatão dos Guararapes Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: JADEILSON JUVINO DA SILVA Data do acidente: 05/05/2019 Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura de L1 (tipo B). Fratura do calcâneo esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do segmento lombar apresenta flexão aos 5°, extensão aos 0°, lateralização aos 5°, rotação aos 10°, com desvio do eixo, com contratura paravertebral, ausência de dor à palpação do processo espinhoso, mobilidade da coluna alterada, desconforto a mobilização. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes. Ao exame físico do pé esquerdo apresenta evensão aos 0°, inversão aos 5°, pé normal, sem amputação, sem encurtamento, marcha com claudicação, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, articulação metatarsofalangeana aos 25°. Apresenta na região observada ausência de atrofia, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no pé esquerdo.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador com tala gessada tipo bota em pé esquerdo. Tratamento cirúrgico com artrodese T12-L2. Evoluiu sem intercorrências, com alta hospitalar. Realizou fisioterapia, com alta há cerca de 4 meses.

Sequelas permanentes: Limitação funcional da coluna lombar em grau completo. Limitação funcional do pé esquerdo em grau moderado.

Sequelas: Com sequelas

Data do exame físico: 10/09/2020

Conduta mantida:

Observações:

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 pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau completo - 100 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			50 %	R\$ 6.750,00



**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regido por sigilo.

Número do Sinistro: 3200299656

Nome do(a) Examinado(a): JADEILSON JUVINO DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): 1 TRAVESSA THOMAZ LIMA, 22, , Jabotão dos Guararapes/PE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SDSPE / 7862438

Data e local do acidente: 05/05/2019 - Jabotão dos Guararapes/PE

Data e local do exame: 10/09/2020 - Recife/PE

Coordenadas Geográficas: latitude: -8.05046 , longitude: -34.89397

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura de L1 (tipo B). Fratura do calcâneo esquerdo.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Imobilização gessada no pé esquerdo, artrodese do T12-L2. Fez fisioterapia. Alta há cerca de 4 meses.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do segmento lombar apresenta flexão aos 5°, extensão aos 0°, lateralização aos 5°, rotação aos 10°, com desvio do eixo, com contratura paravertebral, ausência de dor à palpação do processo espinhoso, mobilidade da coluna alterada, desconforto a mobilização. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes. Ao exame físico do pé esquerdo apresenta evensão aos 0°, inversão aos 5°, pé normal, sem amputação, sem encurtamento, marcha com claudicação, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, articulação metatarsofalangeana aos 25°. Apresenta na região observada ausência de atrofia, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o pericrânio possui um déficit funcional de grau médio no pé esquerdo.

IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

limitação funcional total de segmento lombar da coluna vertebral, com artrodese, grau médio do pé esquerdo, com bloqueio articular de tornozelo

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VI| "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)



() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequelas permanentes" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenuização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Segmento Lombar - Total - 100%

Pé Esquerdo - Médio - 50%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:


Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
Médico - CRM 10.100



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200299856

Cidade: Jaboatão dos Guararapes

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JADEILSON JUVINO DA SILVA

Data do acidente: 05/05/2019

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura de L1 (tipo B). Fratura do calcâneo esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do segmento lombar apresenta flexão aos 5°, extensão aos 0°, lateralização aos 5°, rotação aos 10°, com desvio do eixo, com contratura paravertebral, ausência de dor à palpação do processo espinhoso, mobilidade da coluna alterada, desconforto a mobilização. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes. Ao exame físico do pé esquerdo apresenta eversion aos 0°, inversão aos 5°, pé normal, sem amputação, sem encurtamento, marcha com claudicação, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, articulação metatarsofalangeana aos 25°. Apresenta na região observada ausência de atrofia, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no pé esquerdo.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador com tala gessada tipo bota em pé esquerdo. Tratamento cirúrgico com artrodese T12-L2. Evoluiu sem intercorrências, com alta hospitalar. Realizou fisioterapia, com alta há cerca de 4 meses.

Sequelas permanentes: Limitação funcional da coluna lombar em grau completo. Limitação funcional do pé esquerdo em grau moderado.

Sequelas: Com sequelas

Data do exame físico: 10/09/2020

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau completo - 100 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			50 %	R\$ 6.750,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

Número: 3200299856 Cidade: Jaboatão dos Guararapes Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JADEILSON JUVINO DA SILVA Data do acidente: 05/05/2019 Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE L1.
FRATURA DE CALCÂNEO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - ARTRODESE T12-L2. DEMAIS CONSERVADOR. ALTA.
P 1/8/9/15/21.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE SEGMENTO LOMBAR DA COLUNA VERTEBRAL.

Sequelas: Com sequelas

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE SEGMENTO LOMBAR DA COLUNA VERTEBRAL.

Documentos
complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

Número: 3200299856

Cidade: Jaboatão dos Guararapes

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JADEILSON JUVINO DA SILVA

Data do acidente: 05/05/2019

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE L1.
FRATURA DE CALCÂNEO ESQUERDO.Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - ARTRODESE T12-L2. DEMAIS CONSERVADOR. ALTA.
P 1/8/9/15/21.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:Documentos
complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade do segmento lombo da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0235108/20

Vítima: JADEILSON JUVINO DA SILVA

CPF: 085.370.404-01

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/05/2019

Titular do CPF: JADEILSON JUVINO DA SILVA

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JADEILSON JUVINO DA SILVA : 085.370.404-01

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: 21/08/2020
Nome: JADEILSON JUVINO DA SILVA
CPF: 085.370.404-01

JADEILSON JUVINO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/08/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

