



Número: **0081777-72.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 7ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **26/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA VANDA FEITOSA (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) sharon Stéphanie Lins Barros (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74810 125	08/02/2021 14:21	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 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200288784

Vítima: MARIA VANDA FEITOSA

Data do Acidente: 16/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA VANDA FEITOSA

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

Carta nº 16036343





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, 02 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200288784

Vítima: MARIA VANDA FEITOSA

Data do Acidente: 16/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA VANDA FEITOSA

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: MARIA VANDA FEITOSA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000000052

Conta: 0000021350-6

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,





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha (e)s tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

680329944-91

4 - Nome completo da vítima:

Maria Vanda Feitoza

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

5 - Nome completo:

Maria Vanda Feitoza

6 - CPF:

680329944-91

7 - Profissão:

Recusca-se Jo Manoel Camelo 2

8 - Número:

3

33 - Complemento:

AP-03

11 - Bairro:

Echab II

12 - Cidade:

Garanhuns

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55200-000

15 - E-mail:

(81) 9668 4814

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:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒

RECLUSO INFORMAR

☐

SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUANÇA (somente para os bancos abaixo. Anotar uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (003)

☒ Caixa Econômica Federal (106)

☐ CONTA CORRENTE (apenas para beneficiário)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0052

CONTA:

813506

AGÊNCIA:

CONTA:

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

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

☒

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar a laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de reconhecimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

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

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 de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar 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

☐

Vivo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

☐

Sim

☐

Não

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:

Falecidos:

Sim

Não

30 - Vítima deixou nascituro(s) vivo(s)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

Falecidos:

Sim

Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐

Sim

☐

Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando certo, 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

35 - Nome legal de quem assina a pedido (a rogo):

36 - CPF legal de quem assina a pedido (a rogo):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

40 - Local e Data:

Garanhuns, 37/07/20

x Maria Vanda Feitoza

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

WHT073010



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/02/2021 14:21:37

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020814213661600000073321194>

Número do documento: 21020814213661600000073321194



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 135ª CIRCUNSCRIÇÃO - GARANHUNS - DP135ªCIRC
DINTER1/18ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0225000877

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 15/06/2020 às 18:18

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 16/3/2020 às 07:20

Fato ocorrido no endereço: **RUA DOUTORA CARMERINA VIEIRA DE MELO, 1 - Bairro: HELIOPOLIS - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **POSTO DE COMBUSTIVEL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MACIEL PEREIRA DA SILVA (OUTRO)
RICARDO NEVES DE BARROS (VITIMA)
MARIA VANDA FEITOZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): RICARDO NEVES DE BARROS
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): RICARDO NEVES DE BARROS

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

RICARDO NEVES DE BARROS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **MARIA DAS MERCÊS NEVES DE BARROS** Pai: **AULINDO VALENTIM DE BARROS** Data de Nascimento: **28/6/1981** Documentos: **6273172/SSPIPE (RG)**
06346172492 (CPF) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GARANHUNS, 1, LOTEAMENTO MANOEL CAMELO, AP 03, BL 40 - CEP: 55000-000 -**
Bairro: **CENTRO - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MARIA VANDA FEITOZA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: **ALADIA DE BARROS GUEIROS** Pai: **SEBASTIÃO JAIME FEITOZA GUEIROS** Data de Nascimento: **29/6/1970** Naturalidade: **PEORA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GARANHUNS, 1, LOTEAMENTO MANOEL CAMELO, AP 03, BL 40 - CEP: 55000-000 -**
Bairro: **CENTRO - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL**

MACIEL PEREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MACIEL PEREIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RICARDO NEVES DE BARROS**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN KS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGU9957 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Chassi: **9C2JC410ER111077**



Ano Fabricação/Modelo: **2013/NÃO INFORMADO**

CARRO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RICARDO NEVES DE BARROS** que estava em posse do(a) Sr(a): **RICARDO NEVES DE BARROS**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

O SENHOR RICARDO NEVES RELATA QUE ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA COM SUA ESPOSA NA GARUPA, QUANDO AO PASSAR PELO CRUZAMENTO DA RUA CARMERINA VIEIRA UM CARRO AVANÇOU O SINAL VERMELHO VINDO A COLIDIR EM SUA MOTOCICLETA. O CONDUTOR DO VEICULO EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO. AS VITIMAS FORAM SOCORRIDAS PARA O HOSPITAL DOM MOURA POR POPULARES. PRONTUARIO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR DE NUMERO 0916 E 0917.

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

Ricardo Neves de Barros

RICARDO NEVES DE BARROS
(VITIMA)

MARIA VANDA FEITOZA
(VITIMA)

X Maria Vanda Feitoza

B.O. registrado por: **SERGIO EMMANUEL VIANA AMOR DIVINO** - Matrícula: **3872564**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha (e)s tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

680329944-91

4 - Nome completo da vítima:

Maria Vanda Feitoza

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

5 - Nome completo:

Maria Vanda Feitoza

6 - CPF:

680329944-91

7 - Profissão:

Recusou-se Jo Manoel Camelo 2

8 - Número:

3

33 - Complemento:

AP-03

11 - Bairro:

Echab II

12 - Cidade:

Garanhuns

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55200-000

15 - E-mail:

(81) 9668 4814

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:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECLUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUANÇA (somente para os casos acima. Analisar uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (003)

☒ Caixa Econômica Federal (106)

☐ CONTA CORRENTE (apenas para beneficiário)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0052

CONTA:

813506

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização pelo Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo a dívida, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitando todos os débitos devidos.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de reconhecimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

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

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 de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar 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:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) menor(es)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando certo, 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

35 - Nome legal de quem assina a pedido (a rogo):

36 - CPF legal de quem assina a pedido (a rogo):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

40 - Local e Data:

Garanhuns, 37/07/20
x Maria Vanda Feitoza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

WHT073010



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: 26/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA VANDA FEITOSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00052

CONTA: 000000021350-6

Nr. da Autenticação 72DF47DCB84BFCDC





ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

Data	Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabelecimento	Observação
21/03/20	19:00	Reserva Confirmada	0h:0m:1s	CARMEMTS/HOSPITAL JESUS PEQUENINO - BEZERROS	Atendida situação da solicitação de AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO para RESERVA CONFIRMADA.
25/03/20	19:00	Reserva Confirmada		CARMEMTS/HOSPITAL JESUS PEQUENINO - BEZERROS	Confirmada a disponibilidade pelo usuário: CARMEMTS

DADOS CANCELAMENTO

DADOS ALTA

ASSISTIDO

ASSISTIDO		Paciente Assistido	Usuário
Data/Hora			

DADOS REJEIÇÃO

COMUNICAÇÃO ATIVA

Data / Hora	Tipo de Comunicação	Usuário	Estabelecimento
24/01/2012 12:28	Telefone	CARMEMTS	HOSPITAL JESUS PEQUENINO - BEZERRAS

Cantato

11/25/91 CHRG

Título da Comunicação

SOLICITAÇÃO VISUALIZADA

Description

Solicito a unidade de origem que enviem imagens de rx para a análise do médico cirurgião

OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA



NOME:

Matheus Vitorino de Souza

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o

diagnóstico de: fratura de tíbia e fêmur CID-10: S52.2 foi
submetido a tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia

23/03/2020. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

João Márcio V. Costa
Traumatologista-Ortopedista
CRM-PE 5080

Por operação por fratura de
tíbia e fêmur realizada sob o plano
e por fratura de tíbia e fêmur Ra. e fratura de

Bezerras, 01/06/2020. Liberação

para retorno. 23/03/2020 e 23/07/2020
Retorno ao ambulatório 04/08/2020.





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, que o(a) sr.(a) Maria
Vanda Furtado RG n.º 4.105.986-5/PE, esteve internado(a) neste
Nosocômio, no período de 22 a 26 de Março do corrente
ano; a fim de submeter-se a tratamento quirúrgico ortopédico
de Fratura do Humerô direito e do
braço direito
Encontra-se estável para o exercício de suas atividades laborais até o dia
21, 04, 2020, quando será submetido à consulta de revisão cir-
gica.

Bezerros, 26 de Março de 2020
Cintia Valente
Médica
CRM-PE 78892

MÉDICO

Av. Major Aprígio de FONSECA, s/nº, BR 222, São João - Bezerros/PE
CEP: 55.960-300, telefone: 81 3726-1000/3726-1086



Registro Nº 0916
 Data: 26/03/202
 Hora: 11:21

UNIDADE DE SAÚDE:

Nome: Marcos Vinícius Brito Categoria: Outro
 Sexo: M Idade: 49 Cor: Preto Estado Civil: Divorciado
 Naturalidade: Paraná - PR Profissão: Contador
 Endereço: Calçada Municipal, Curitiba, 300, 1º andar
 Procedência: Gratuita
 Pessoas de quem depende: Mãe, esposa e filha Parentesco: Filho
 Enfermeiro: O médico Fone: 091 3334-6792
 Trazido por: ?
 Endereço: ?
 Local do Acidente:
 Natureza: ☐ Casual ☐ Acid. de Trânsito ☐ Tentativa de Suicídio
☐ Queda ☐ Intoxicação ☐ Outras Causas
☐ Acidente de Trabalho ☐ Agressão
 Atendimento: ☐ Clínico ☐ Cirúrgico ☐
 História da Doença Atual:
NGUIM BIA NO JOELHO E NO
VUVO NO QUINTO NO MOTOCICLO
 EXAME - FÍSICO
 Pressão Arterial: 110/70 Pulso: 70 Temperatura: 36,5 Peso: 70
NG FOMINHO NO JOELHO E NO
VUVO
 Diagnóstico Provisório: FRATURA DO VÍBIO DISTAL
FRATURA DO VÍBIO DISTAL
 Recepcionista: Recepcionista
 Médico / Crente: Dr. Roberto
 Unidade / Transmissão: Unidade / Transmissão
 Data / Hora: 13/06/2020



**SUS**

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde
Pernambuco



LAUDO PARCIAL DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA

2 - CNES
217102191813

3 - Nome do estabelecimento executante
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA

4 - CNES
811114911

Identificação do Paciente

5 - Cartão Nacional de Saúde (CNS)
898.000.337.655.500

6 - SIS Prenatal
0916

7 - Nome do Paciente
Maria Viana Frazon

8 - Data de Nascimento
1916/09/20

9 - Sexo
Masc ☐ **Fem** ☐

10 - Nome da mãe ou responsável
Wladia de Souza Queiroz

11 - DDD
03

12 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)
Condomínio Residencial Camaleão, Bloco 40, apto 03

13 - Município de Residência
Garanhuns

14 - Cód IBGE Município
2606002

15 - UF
PE

16 - CEP
55200-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - História Clínica / Exame Físico
**RELATA DOR NO JOELHO E NO TAMBOR
NOZ QUE HA MÚLTIPLOS
AGUARDANDO TRANSFERÊNCIA**

18 - Principais resultados de provas diagnósticas (resultados de exames realizados)
EXAME FÍSICO + IMAGIOMÉTRICO

19 - Diagnóstico Inicial
FRACTURA DO PLANTAR TIBIAL

20 - Diagnóstico Secundário
FRACTURA DO TIBIO FIBULAR

21 - Cód. 10 Principal
81.14.1

22 - Cód. 10 Secundário
552.5

23 - Cód. 10 Causa Associada

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - Descrição do procedimento solicitado
INTUBAÇÃO

25 - Cód. do procedimento
0308010019

26 - Clínica
ORTOPEDIA

27 - Caracter de internação
VIGILÂNCIA

28 - Documento
CNS

29 - Nº documento (CNS/CPF) de profissional solicitante/assistente
138881151417

30 - Assinatura e carimbo do solicitante / assistente
Dr. João de Deus

31 - Data da Solicitação
16/03/20

32 - Ass. e carimbo (preto médico)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 -) Acidente de Trânsito

34 -) Acidente de Trabalho Típico

35 -) Acidente de Trabalho Atípico

36 -) Acidente de Trabalho Típico

37 -) Acidente de Trabalho Atípico

38 - CNPJ da seguradora

39 - Nº do bilhete

40 - Série

41 - CNPJ da empresa

42 - CNAE da empresa

43 - CBOR

44 - Vínculo com a previdência
☐ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Não Segurado

45 - Código do procedimento autorizado
0308010019

46 - Cód. Origem Emissor

47 - Documento
CNS

48 - Nº do documento (CNS/CPF) do profissional autorizador

49 - Nº da autorização de internação hospitalar (AIH)

50 - Assinatura e carimbo (nº do registro do conselho)

Admissão: **16/03/20** Alta: **22/03/20** Enf. **CL** Leito **1**



100

**HOSPITAL REGIONAL DE GARANHUNS
DOM MOURA****LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:**

- | | |
|--|---|
| ☐ Mudança de Procedimento | ☐ Uso de Prótese, Órtese |
| ☐ Diária de UTI | ☐ Uso de Fatores de Coagulação |
| ☐ Diária de Acompanhante | ☐ Uso de oxigenadores |
| ☐ Vacina Anti Rh | ☐ Nutrição parenteral |

Hospital: H. R. Dom Moura CNPJ: _____
Paciente: Marcos Vinícius Fortes Nº AIH: _____
Procedimento Anterior: _____ Procedimento Solicitado: _____
Médico Solicitante: _____ CRM: _____ CPF: _____

JUSTIFICATIVA:

Declaro para os devidos fins que estive acompanhando o paciente acima identificado, durante a sua internação neste hospital.
Aprovo a cobrança de acompanhante junto ao HRGDM.



Data

Ass. Acompanhante

Ass. do Médico Solicitante

AUTOR:**DATA:**

Assinatura - CRM





Sistematização da Assistência de Enfermagem - Emergência



Nome: maria Elvira Fátima Data: 30/03/2020 Hora: 14h

Idade: 75 anos Telefone: 81 3333 3333 Especialidade: Cardiologia

Intenções: Sim () Não () Objetivos de Valor: Aliviar a dor

hipótese Diagnóstica: Infarto Agudo do Miocárdio

Ulcera Principal: Infarto Agudo do Miocárdio

Assunto da Doença Atual: Infarto Agudo do Miocárdio

Comorbidades Existentes:

☐ HAS	☐ Tabagista	☐ Psiquiátrico	☐ Outros
☐ DM	☐ Etílica	☐ Lupus	
☐ Cardiopatia	☐ DPOC	☐ Líquidos/Alimentos	
☐ Insuf. Renal	☐ Alergia medicamentosa:		
☐ Clonagem:			

Medicamentos em Uso:

Hora	Tax	PA	FR	SpO2	Pulso	() Dor
14h	85%	120/80	22	95%	90	7

Escala de Dor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

S. Atendimento Inicial:

- Insuf. Cardíaca

- ATP

Intervenções:

S. Exame Físico	Não Avaliado	Inalterado	Alterado	Observações
Neuroológico		X		
Respiratório		X		
Cardiovascular		X		
Gastrointestinal		X		
Geniturinário		X		
Extremidades		X		
Pele e Anexos		X		

Intervenções e Resultados:

- SSVV de 6/6h
- Insuf. Cardíaca a cada 12h
- Debulção conforme hemodinâmica
- Omeprazol 40mg

Assinatura da Entrada - Resultados:

Exame	Data	Resultados





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA - CARANHOTO

UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO
ADMISSÃO - ADULTO

Nome: maria wandu Leitão Leito: utia 2 22
Diagnóstico Clínico: pat. plasmático renal Data de Admissão: 16/03
Idade: 29 a Data: 16/03/20

QUADRO CLÍNICO

1. Nível de Consciência: (☒) Consciente () Inconsciente (☒) Orientado () Desorientado () Sonolento
2. Presença de: () Edema () Anasarca () Úlcera de Pressão () Ascite
() Sedação () Drogas Vasoativas () Antibióticos
3. Queixas Gastrointestinais: () Vômito () Náusea () Distensão abdominal () Dor epigástrica
() Inapetência () Saciedade precoce () Pirose () Hematêmese (☒) Sem Queixas
4. Trato Urinário: (☒) Espontâneo () SVD () SVA () Anúria
5. Eliminações Intestinais: () Presente (☒) Ausente - Dias: 1d
() Normal () Pastosa () Líquida () Ressecadas () Melenas () Diarreia () Constipação () Ostomia
7. Exames Bioquímicos/Imagem:

SITUAÇÃO NUTRICIONAL

1. Comorbidades: DM (☒) tipo: 2 HAS (☒) D. Renal () D. Hepática () Alimentar (☒) Ausente ()
Outras: _____
2. Aceitação Alimentar: () 100% (☒) 50% () >50% () <50%
Jejum () - Razão: _____

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

1. Risco Nutricional: () Presente (☒) Ausente (NRS 2002)
2. Diagnóstico Nutricional: () Desnutrição Grave () Desnutrição () Eutrofico () Sobrepeso () Obesidade

CONDUTA NUTRICIONAL

DIETA:

1. Via: (☒) Oral () Enteral () Parenteral
2. Consistência: () Livre (☒) Branda () Pastosa () Líquida Pastosa () Líquida Total () Líquida de Prova
3. Tipo: (☒) Hipossódica (☒) Hipoglicídica () Sem sal () Hipolipídica () Laxante () Constipante
() _____
4. Suplemento/ Módulo: () _____
5. Simbiótico/ Prebiótico () _____

NECESSIDADES ENERGÉTICAS E PROTÉICAS ESTIMADAS - NUTRIÇÃO ENTERAL E PARENTERAL

P. atual: _____ Peso hab: _____ Peso est: _____ Peso Ideal: _____ A: _____ A est: _____
CB: _____ %CB: _____ CP: _____ %PP: _____
Cal/kg: _____ Cal/d: _____ Ptn/kg: _____
Fórmula: _____ Características: _____
Volume: _____ Vazão Prescrita: _____ Vazão do Dia: _____ Adequação Cal: _____
Adequação Ptn: _____

OBSERVAÇÕES:

paciente utiliza alimentação
quanto à consistência
dieta liberada após o jantar

16:00h



EVOLUÇÃO CLÍNICA

UNIDADE DE SAÚDE:

X 2 - 2ª floor

NOME DO PACIENTE:

maria zilda furtado

REGISTRO Nº

0916

CLÍNICA:

LEITO Nº

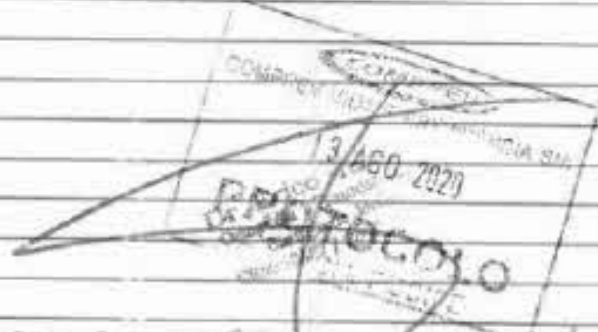
DATA

HORA

EVOLUÇÃO

10/03/2020

**AGUARDAR TRANSFERÊNCIA
SOLICITO TAL**



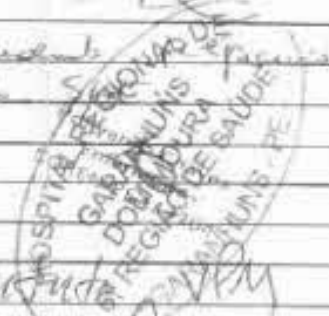
10/03/2020

Paciente em 12 DE 16, em 666, com queixa de dor, náusea, vômito, AVP em uso, afébril, diurese (+), evacuações (+), segue medicado conforme prescrição médica, segue acompanhamento da equipe de enfermagem.

Evellyne Lyndy Alves Leitão
COREN-PE 50462 - ENF

12/03/2020

Paciente com quadro de insuficiência renal aguda, com queixa de dor, náusea, vômito, AVP em uso, afébril, diurese (+), evacuações (+), segue medicado conforme prescrição médica, segue acompanhamento da equipe de enfermagem.



13/03/2020

Transfere para quarto 604

Dr. Saulo Almeida
CRM-PE 13862 - RMO
CRM-PE 13862 - RMO

14/03/2020

Paciente evolui com EOB com queixa de dor, náusea, vômito, AVP em uso, afébril, diurese (+), evacuações (+), segue medicado conforme prescrição médica, segue acompanhamento da equipe de enfermagem.



UNIDADE DE SAÚDE:

NOME DO PACIENTE: *Mr. Vinícius Brito*

REGISTRO Nº

CLÍNICA: *CC*

LEITO Nº *21*

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
<i>20/03/2020</i>		<i>Recebido em URM - Condição</i> <i>↓ DM</i>
		<i>[Assinatura]</i> Dr. <i>[Assinatura]</i> Ortopedia Traumatologia CREMEPITUB-CREMAI, 2551 TENT 2020
<i>20/03/20</i>		Paciente em EQR, consciente, orientado, expulso, querendo-se deitar em decúbito, recebendo oxigênio VO, obtendo fralda, em alívio, AUP de HSE, segue aos cuidados.
		<i>[Assinatura]</i> Annelise S. N. Reis Enfermeira COREN-PE 257.951
<i>21/03/20</i>		Paciente em EQR, consciente, orientado, expulso, querendo-se deitar em decúbito, recebendo oxigênio VO, obtendo fralda, em alívio, AUP de HSE, segue aos cuidados.
		<i>[Assinatura]</i> Hospital Regional de Pernambuco GARANHUNS DOM MOURA P. REGIÃO DE SAÚDE PERNAMBUCO - PE
<i>21/03/20</i>		Paciente em EQR, consciente, orientado, expulso, querendo-se deitar em decúbito, recebendo oxigênio VO, obtendo fralda, em alívio, AUP de HSE, segue aos cuidados.
		<i>[Assinatura]</i> Dr. <i>[Assinatura]</i> Ortopedia Traumatologia CREMEPITUB-CREMAI, 2551 TENT 2020
<i>22/03/20</i>		Paciente em EQR, consciente, orientado, expulso, querendo-se deitar em decúbito, recebendo oxigênio VO, obtendo fralda, em alívio, AUP de HSE, segue aos cuidados.
		<i>[Assinatura]</i> Dr. <i>[Assinatura]</i> Ortopedia Traumatologia CREMEPITUB-CREMAI, 2551 TENT 2020
<i>23/03/2020</i>		Paciente transportado para Hospital Regional de Pernambuco - Garanhuns - PE.
		<i>[Assinatura]</i> Mayrlane Gomes G. S. COREN-PE 15.270.595 - ENF
<i>27/03/2020</i>		Paciente transportado para Hospital Regional de Pernambuco - Garanhuns - PE.
		<i>[Assinatura]</i> Dr. <i>[Assinatura]</i> Ortopedia Traumatologia CREMEPITUB-CREMAI, 2551 TENT 2020



HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA

Leito 21

NOME: <u>Maria Viana Frazon</u>	LEITO: <u>0216</u>
DATA: <u>06-03</u>	REGISTRO: <u>0216</u>

PRESCRIÇÃO MÉDICA

	MEDICAÇÕES	HORÁRIOS
1.	DIETA <u>Dieta LRS</u>	<u>DM</u>
2.	SSVV 6/6h	
3.	Insulina Regular conforme esquema de glicemia capilar de 6/6h: 50 - 200: 2U 201-250: 4U 251 - 300: 6U 301 - 350: 8U 351 - 400: 10U >400: 12U Glicose 50% 4amp IV se glicemia <70 mg%	
4.	Captopril 25mg SL se PAS >= 180 ou PAD >= 90 mmHg	
5.	Diltone 2ml + AD 8ml IV 6/6h se T >= 37.8°C ou < 36°C	
6.	Plasil 2ml + SFO 0.9% 100 mL IV, 8/8h, se vômito	
7.	O2 úmido 3l/min sob cateter nasal S/N	
8.	NBZ 6/6h com SF 0.9% 3ml + atrovent 20gts + Bujotec 10gts	
9.	Fisio motora e respiratória	
10.	Omeprazol 40mg IV	
11.	<u>CLONEX 0.5 - 0</u>	<u>SC 15h</u>
12.	<u>THAMIL 50 - 100 - 50</u>	
13.	<u>SFO 0.9% 08/09/4 E < 0</u>	
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		

13 AGO 2020
PROTÓCOLO

HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA
GARANHUNS - PE
REGIÃO DE SAÚDE

Erico Herbert
Pós-Graduado em
Cirurgia do Aparelho Digestivo
CRM 12467 / RPPC 12467

MÉDICO

ENFERMEIRO

Evellyne Cynara Alves Lemos
CORENPE 304482 - ENF



NOME: MARIA VANDA FEITOZA

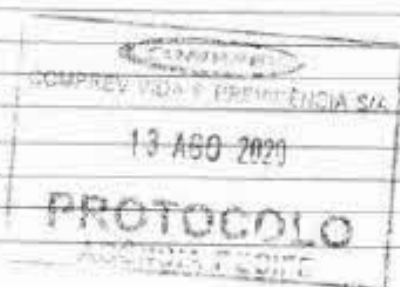
LEITO: 21

DATA: 17/03/2020

REGISTRO : 0916

PRESCRIÇÃO

MEDICAÇÕES	HORÁRIOS
1. DIETA P/ DM + IAS	S/N
2. SRL 1000 ML EV 24HRS	S/N
3. DIPIRONA 2CC + AD EV 6/6HS (S/N)	S/N
4. TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV 8/8HRS (S/N)	S/N
5. CLEXANE 40MG SC 1 X AO DIA	S/N
6. PLASIL 100MG+AD EV 8/8HRS (S/N)	S/N
7. OMEPRAZOL 40 MG EV /DIA	S/N
8. HGT 4 X AO DIA	S/N
9. INSULINA REGULAR SC CONFORME HGT:	12(288) / 18(253)
0-150 0 UI	
151-200 2 UI	
201-250 4 UI	
251-300 6 UI	
301-350 8 UI	
351-400 10 UI	
ACIMA DE 400 12 UI	
SE FOR < 70 MG% FAZER 04 AMP DE GLICOSE A 50% EV	S/N
10. CAPTOPRIL 25MG SL SE PA > 160X110 MMHG	S/N
11. SSVV + CCGG	S/N



MÉDICO

Dr. Saulo Almeida
Ortopedia-Traumatologia
CREMEPE 1768-CREMER 1563
TEOT 1200

Min. Maria V. Siqueira
Téc. de Enfermagem
1997

Elisavinda V. S. Siqueira
Téc. de Enfermagem
1997



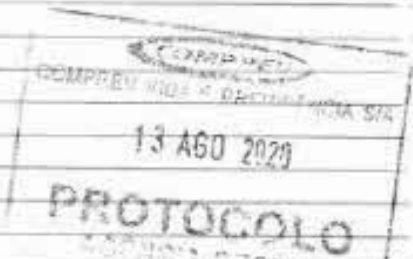
LETO: 21

REGISTRO : 0916

PRESCRIÇÃO

Lina Cordeiro B. 1963
 Nutricionista
 CRNB - 685

MEDICAÇÕES	HORÁRIOS
1. DIETA P/ DM + HAS	(SND)
2. SRL 1000 ML EV 24HRS	(SND)
3. DIPIRONA 2CC + AD EV 6/6HS (S/N)	(SND)
4. TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV 8/8HRS (S/N)	(SND)
5. CLEXANE 40MG SC 1 X AO DIA	(12) F
6. PLASIL 100MG+AD EV 8/8HRS (S/N)	(SND)
7. OMEPRAZOL 40 MG EV /DIA	(SND)
8. HGT 4 X AO DIA	(SND)
9. INSULINA REGULAR SC CONFORME HGT:	(333) (333) (334) (334)
0-150 0 UI	
151-200 2 UI	
201-250 4 UI	
251-300 6 UI	
301-350 8 UI - corrigido 333	
351-400 10 UI	
ACIMA DE 400 12 UI	
SE FOR < 70 MG% FAZER 04 AMP DE GLICOSE A 50% V	
10. CAPTOPRIL 25MG SL SE PA > 160X110 MMHG	(SND)
11. SSVV + CCGG	Relato




Dr. Swato Almeida
Ortopedia-Traumatologia
CREMEPE 2788-CREMAI 1351
1376

MÉDICO

ENFERMEIRO

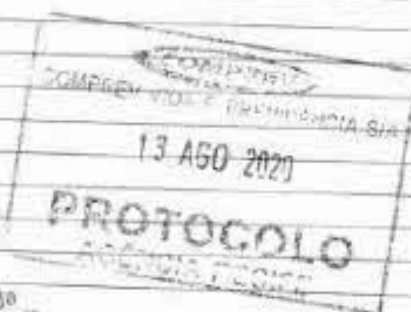
TÉCNICO



NOME: MARIA VANDA FEITOZA	LEITO: 21
DATA: 19/03/2020	REGISTRO: 0916

PRESCRIÇÃO

MEDICAÇÕES	HORARIOS
1. DIETA P/ DM + HAS	
2. SRL 1000 ML EV 24HRS	SND
3. DIPIRONA 2CC + AD EV 6/6HS (S/N)	1º 2º
4. TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV 8/8HRS (S/N)	Semp (Paciente refere aler
5. CLEXANE 40MG SC 1 X AO DIA	SN
6. PLASIL 100MG+AD EV 8/8HRS (S/N)	2º Feitor
7. OMEPRAZOL 40 MG EV /DIA	SN
8. HGT 4 X AO DIA	
9. INSULINA REGULAR SC CONFORME HGT:	
0-150 0 UI	
151-200 2 UI	
201-250 4 UI	
251-300 6 UI	
301-350 8 UI	
351-400 10 UI	
ACIMA DE 400 12 UI	
SE FOR < 70 MG% FAZER 04 AMP DE GLICOSE A 50% E /	
10. CAPTOPRIL 25MG SL SE PA > 160X110 MMHG	SN
11. SSVV + CCGG	Ralina



MÉDICO

ENFERMEIRO

TÉCNICO

Dr. Saulo Almeida
Otorrinolaringologista
CREMEPE 8788 CREMEL 4561
TSE 1380

Eveline F. Maciel Garcia
Enfermeira
COREN-PE 321.118



NOME: MARIA VANDA FEITOZA	LEITO: 21
DATA: 20/03/2020	REGISTRO : 0916

PREScrição

MEDICAÇÕES	HORÁRIOS
1. DIETA P/ DM + HAS	SN
2. SRL 1000 ML EV 24HRS	SN
3. DIPIRONA 2CC + AD EV 6/6HS (S/N)	SN
4. TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV 8/8HRS (S/N)	SN
5. CLEXANE 40MG SC 1 X AO DIA	SN
6. PLASIL 100MG+AD EV 8/8HRS (S/N)	SN
7. OMEPRAZOL 40 MG EV /DIA	SN
8. HGT 4 X AO DIA	18(80) 18(80) 24(100) 24(100)
9. INSULINA REGULAR SC CONFORME HGT : 0-150 0 UI 151-200 2 UI 201-250 4 UI 251-300 6 UI 301-350 8 UI 351-400 10 UI ACIMA DE 400 12 UI SE FOR < 70 MG% FAZER 04 AMP DE GLICOSE A 50% EV	SN
10. CAPTOPRIL 25MG SL SE PA > 160X110 MMHG	SN
11. SSVV + CCGG	POTI 1/2
13 AGO 2020 PROTOCOLO	

MÉDICO

Dr. Saulo Almeida
Ortopedia-Traumatologia
CREMEPE 8798-CRPMAL 4591
TEST 1000

ENFERMEIRO





ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

L-21 GUS

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	DATA DA SOLICITAÇÃO
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA - GARANHUNS	17/03/2020 09:43
MÉDICO SOLICITANTE	ASSINATURA DO GRÁFICO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
ERIBO HERBERT ALMEIDA COUTO DE LIMA	CRF - 18487

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE	IDENTIFICADOR
MARIA VANDA FEITOSA	685093
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	SEXO
	Feminino
DATA DE NASCIMENTO	TELEFONE DE CONTATO
29/08/1970	
ENDEREÇO DA CIDADE/RESPONSÁVEL	
ALADIA DE BARROS GUERROS	
PROTEÇÃO DE DADOS (Nº, CPF, ENDEREÇO)	
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	COD. BONECÓDIGO (PAC)
	UF
	CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
DOR NO JOELHO E NO PUNHO, APÓS QUEDA DE MOTOCICLETA
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS)
RADIO X
DIAGNÓSTICO INICIAL
FRATURA NO PLANTO TIBIAL + FRATURA DE R/C O DISTAL
COMPLICAÇÃO
COMPLICAÇÃO

SINAIS VITAIS

13 AGO 2020
PROTÓCOLO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	CODIGO DO PROCEDIMENTO
URGÊNCIA	DOCUMENTO (CNS / X) CPF
	04902455447

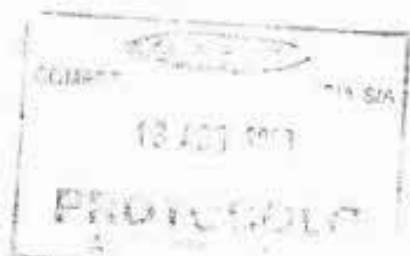
EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	DATA DE AUTORIZAÇÃO
HOSPITAL JESUS PEQUENINO - BEZERROS	21/03/20 19:00
TIPO DE USUÁRIO	ÁREA
CIRÚRGICO	ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
MÉDICO AUTORIZADOR	

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	DATA DA SOLICITAÇÃO
EDUARDO RODRIGUES DA CUNHA CAVALCANTI - HO	17/03/20 09:43
DOCUMENTO	COD. ORÇÃO EMISSOR
(CNS / X) CPF	CRM 7876

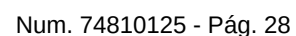
ESCLARECIMENTOS



[Handwritten signature]



COMPREV
13 AGO 2029
PROTOCOLLO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA**DADOS DO SINISTRO****Número:** 3200288784**Cidade:** Garanhuns**Natureza:** Invalidez Permanente**Vítima:** MARIA VANDA FEITOSA**Data do acidente:** 16/03/2020**Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS**PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA****Data da análise:** 21/08/2020**Valoração do IML:** 0**Perícia médica:** Não**Diagnóstico:** FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO.
FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO (PAG.03.04.16.17)**Resultados terapêuticos:** TRATAMENNTTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA (PG.03;04)**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO E DO JOELHO 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 EM GRAU MÉDIO DO PUNHO DIREITO E DO JOELHO DIREITO.**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 de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

Número: 3200288784

Cidade: Garanhuns

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA VANDA FEITOSA

Data do acidente: 16/03/2020

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO (PAG.03.04.16.17)

Resultados terapêuticos: TRATAMENNTO CONSERVADOR E ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO 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 JOELHO DIREITO

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 de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0226481/20

Vítima: MARIA VANDA FEITOSA

CPF: 680.329.944-91

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 16/03/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA VANDA FEITOSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA VANDA FEITOSA : 680.329.944-91

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: 13/08/2020
Nome: MARIA VANDA FEITOSA
CPF: 680.329.944-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/08/2020
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

MARIA VANDA FEITOSA

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA

