



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210088743

**Cidade:** Recife

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** HUMBERTO FERREIRA DANTAS

**Data do acidente:** 02/11/2020

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta do fêmur esquerdo. Ferimento no 5º dedo da mão esquerda.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho varo, flexão aos 70°, extensão aos 110°, ausência de derrames articulares, presença de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento cirúrgico em 03/11/2020 com desbridamento e lavagem exaustiva, e com colocação de fixador externo em fêmur esquerdo, e sutura do ferimento do 5º dedo da mão esquerda. Em 05/11/2020 realizada nova cirurgia com retirada do fixador, com osteossíntese da fratura com uso de placa bloqueada, 03 parafusos corticais e 07 parafusos de bloqueio, evoluindo sem complicações, com alta hospitalar. Realizada fisioterapia, não comprova data da alta médica.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do membro inferior esquerdo em grau moderado.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 15/04/2021

**Conduta mantida:**

**Observações:** NOTA DO REVISOR: APESAR DA VALORAÇÃO DO EXAMINADOR EM 75% DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, TENDO EM VISTA A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO, O REVISOR OPTOU POR ALTERAR A ESTIMATIVA DA SEQUELA PARA 50% DO MEMBRO INFERIOR.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
<b>Total</b>			<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

---

**Rio de Janeiro, 05 de Maio de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210088743**

**Vítima: HUMBERTO FERREIRA DANTAS**

**Data do Acidente: 02/11/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALAIDE ELAINE LOPES DE ALBUQUERQUE**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), HUMBERTO FERREIRA DANTAS**

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **HUMBERTO FERREIRA DANTAS**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000002719**

Conta: **000000021180-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 327.829.694-04 4 - Nome completo da vítima: HUMBERTO FERREIRA PANTAS

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

5 - Nome completo: HUMBERTO FERREIRA PANTAS 6 - CPF: 327.829.694-04  
7 - Profissão: ELETRICITARIO 8 - Endereço: RUA PROFESSOR LUIZ GONZAGA FORTO 9 - Número: 711 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: SAN MARTIN 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50760-670  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): (51) 9.8864-9869

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:  RECURSO INFORMAR  R\$1.000,00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)  
 CONTA POUPIANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  Bradesco (237)  Itaú (941)  Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), 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 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no 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 reserbo (ou reserbo)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

34 - \_\_\_\_\_  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_ 5 de março 2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 004ª CIRCUNSCRIÇÃO - ESPINHEIRO - DP4ª CIRC DIM/2ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **21E0094000380**



Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/02/2021** às **11:55**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **2/11/2020** às **18:20**

Fato ocorrido no endereço: **RUA DOUTOR SEVERINO PINHEIRO, 1, LOGO APOS A PONTE ESTACIO COIMBRA.** - Bairro: **MADALENA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **50720-535** - Ponto de Referência: **PERTO DO QUARTEL DO DERBY.**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
DAMIANA JOSEFA BARBOSA ( OUTRO )  
HUMBERTO FERREIRA DANTAS ( VITIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **HUMBERTO FERREIRA DANTAS**  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

**HUMBERTO FERREIRA DANTAS (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **LAURINETE FERREIRA DANTAS** Pai: **ISMAR DANTAS DA SILVA** Data de Nascimento: **4/3/1961** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1991231/SDS/PE (RG), 32782969404 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **TECNICO (OUTROS)**

Telefones Fixos:

- **8131321288**

Telefones Celulares:

- **81986181713**

Endereço Residencial: **RUA PROFESSOR LUIZ GONZAGA PORTO, 111 - CEP: 55000-000 - Bairro: SAN MARTIN - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, HOTEL FADA.**

**DAMIANA JOSEFA BARBOSA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DAMIANA JOSEFA BARBOSA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **HUMBERTO FERREIRA DANTAS**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/FAZER 250** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **AZUL** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE)**

Placa: **PDJ7920 (PERNAMBUCO/RECIFE)**

**AUTOMOVEL (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a):

**DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **1,000 (UNIDADE)**

### Complemento / Observação

RELATOU O SENHOR HUMBERTO QUE GUIAVA SUA MOTOCICLETA, DE FORMA TRANQUILA, SEGUIA PELA RUA CITADA (SEVERINO RAMOS), SENTIDO CLUBE INTERNACIONAL...SUBIRIA A PONTE. SEGUIA PELA FAIXA DA ESQUERDA, QUANDO, REPENTINAMENTE, UM CARRO, NÃO IDENTIFICADO, QUE VINHA PELA FAIXA DA DIREITA, MUDOU DE FAIXA (PARA A DA ESQUERDA) DE FORMA ABRUPTA, SEM O DEVIDO CUIDADO... "TRANCOU" A VÍTIMA QUE BATEU NUM "GELO BAIANO" QUE FICA NO CENTRO DA VIA.. O MESMO FOI SOCORRIDO PELO "SAMU" PARA O HOSPITAL ESPERANÇA. QUEBROU O FÊMUR ESQUERDO E FICOU, APROXIMADAMENTE, 08 DIAS INTERNADO. POR FIM, CONTOU QUE O AUTOR DO ACIDENTE SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTAR O DEVIDO SOCORRO, TAMPOUCO PRESTOU ESCLARECIMENTOS ÀS AUTORIDADES COMPETENTES.

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



**HUMBERTO FERREIRA DANTAS**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **HELIO RICARDO BORGES SAMARY** - Matrícula: **221260-9**  
(Liberado em 17/02/2021 às 12:36)



**DECLARAÇÃO - Registro Estatístico Nº 79937**

Número de Registro:	79937
Av. / Rua:	RUA DR SEVERINO PINHEIRO
Bairro:	Derby
Data:	02/11/2020
Hora:	
Natureza do acidente:	Choque Objeto Fixo
Vítima(s):	HUMBERTO FERREIRA DANTAS
Placa e condutor (V1):	PDJ 7920 - HUMBERTO FERREIRA DANTAS

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que consta em nossos arquivos, o registro de um acidente com vítima com os dados acima referidos, não podendo a CTTU emitir cópia do Registro Estatístico, tendo em vista que, em acidentes com vítima, a competência não é desta Autarquia, sendo o registro realizado apenas para fins estatísticos.

Recife, 18 de janeiro de 2021

*Celso Rodrigues*  
Chefe do SPM  
Mat. 860.-6  
CTTU / Recife

**Nilton Prazeres dos Santos**  
Diretor de Trânsito



AUTENTICAÇÃO PELA CTTU/GPC

1st Resp

32588  
Mat. Nº 8688-6

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alaide Elaine Gomes de Albuquerque  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 050.419.044 / 05, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Humberto Ferreira Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 327.829.694 / 04

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Humberto Ferreira Santos

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 327.829.694 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Pio XII</u>	Número: <u>685</u>	Complemento: <u>caso</u>
Bairro: <u>centro</u>	Cidade: <u>Camapicuro</u>	Estado: _____
E-mail: _____	CEP: <u>54762-622</u>	Tel.(DDD): <u>(181) 9 8864-9869</u>

Local e Data: Camapicuro 05 de MARÇO 2021

Alaide Elaine Gomes de Albuquerque  
Assinatura do Declarante



### RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME		HUMBERTO FERREIRA DANTAS				REGISTRO	1966938
DATA DA CIRURGIA	03/11/2020	INICIO	00:00:00	TÉRMINO	01:00:00	LEITO	412
CIRURGIÃO		DANIEL CAMPOS		1AUXILIAR	LUCAS SEVERO		
2 AUXILIAR	MARCOS HENRIQUES	3 AUXILIAR	LUCAS MOUSINHO	INSTRUMENTADOR		LIDIANE ROCHA	
ANESTESISTA		ANA PAULA SIMÕES					
DIAGNOSTICO PRÉ OPERATORIO		FRATURA EXPOSTA DO FEMUR ESQUERDO					
DIAGNOSTICO PÓS OPERATORIO		O MESMO					
CIRURGIA PROPOSTA	TRAT.CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DO FEMUR ESQUERDO COM FIXADOR EXTERNO (3072516-0) + DESBRIDAMENTO CIRURGICO DE FERIDAS (3073003-1) + SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS (3010179-4) + RADIOSCOPIA (4081102-6)						
CIRURGIA REALIZADA	TRAT.CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DO FEMUR ESQUERDO COM FIXADOR EXTERNO (3072516-0) + DESBRIDAMENTO CIRURGICO DE FERIDAS (3073003-1) + SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS (3010179-4) + RADIOSCOPIA (4081102-6)						
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA				Não houve			
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO			INTENSIFICADOR DE IMAGEM				
INTERCORRÊNCIAS		Não houve					
DESCRIÇÃO							

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA DO MIE;
3. INCISÃO LATERAL EM COXA ESQUERDA NO SITIO DE EXPOSIÇÃO + DESBRIDAMENTO E LAVAGEM EXAUSTIVA COM 6L DE SF 0,9%;
4. COLOCAÇÃO DE 02 PINOS SCHANZ PROXIMAIS + 02 PINOS DE SCHANZ DISTAIS EM DIÁFISE DE FEMUR ESQUERDO;
5. REALIZADO REDUÇÃO DE FRATURA GUIADO POR INTENSIFICADOR DE IMAGEM;
6. MONTAGEM DE 01 FIXADOR EXTERNO LINEFIX;
7. SUTURA E CURATIVO ADAPTIC EM FEMUR ESQUERDO;
8. SUTURA DE PEQUENO CORTE EM MÃO ESQUERDA + CURATIVO;

Dr. Lucas Mousinho  
 MÉDICO  
 CREMERM 29797



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME	HUMBERTO FERREIRA DANTAS					REGISTRO	1966938
DATA DA CIRURGIA	05/11/2020	INICIO	11:00	TÉRMINO	12:30	LEITO	412
CIRURGIÃO	DANIEL CAMPOS	1AUXILIAR		EDUARDO AKEL			
2 AUXILIAR	MARCOS HENRIQUES	3 AUXILIAR	RANILSON PINTO	INSTRUMENTADOR	LIDIANE ROCHA		
ANESTESISTA	RODRIGO CARVALHO						
FACHESF/ESPECIAL							
DIAGNOSTICO PRÉ OPERATORIO	FRATURA DIÁFISE DE FEMUR ESQUERDO						
DIAGNOSTICO PÓS OPERATORIO	O MESMO						
CIRURGIA PROPOSTA	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FEMUR (3072512-7) + ARTROTOMIA (3072600-0) + RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO (3071005-7) + RADIOSCOPIA (4081102-6)						
CIRURGIA REALIZADA	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FEMUR (3072512-7) + ARTROTOMIA (3072600-0) + RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO (3071005-7) + RADIOSCOPIA (4081102-6)						
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA	Não houve						
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO	INTENSIFICADOR						
INTERCORRÊNCIAS	Não houve						
DESCRIÇÃO							

- 1-PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA;
- 2- RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO EM COXA ESQUERDA;
- 3-ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA;
- 4-INCISÃO LATERAL DE FEMUR E EM CICATRIZ PREVIA DIVULSÃO POR PLANOS ATE VISUALIZAÇÃO DE FRATURA + ARTROTOMIA;
- 5-REDUÇÃO DA FRATURA ;
- 6- COLOCAÇÃO DE PLACA ANATÔMICA PARA FÊMUR DISTAL BLOQUEADA ESQ 14 FUIROS + 3 PARAFUSOS CORTICAIS + 7 PARAFUSOS DE BLOQUEIO;
- 7- VISUALIZADO BOA REDUÇÃO SOB AUXÍLIO DE INTENSIFICADOR DE IMAGEM;
- 8-IRRIGAÇÃO C/ SF E SUTURA DE PELE C/ NYLON 3.0 + CURATIVO
- 9- COLOCADO CURATIVO ADATIC EM FERIMENTOS NA PERNA ESQUERDA;

Dr. Lucas Mousinho  
 MÉDICO  
 CREMEPE 29797

Data: 02/11/2020

Acomodação: APTO

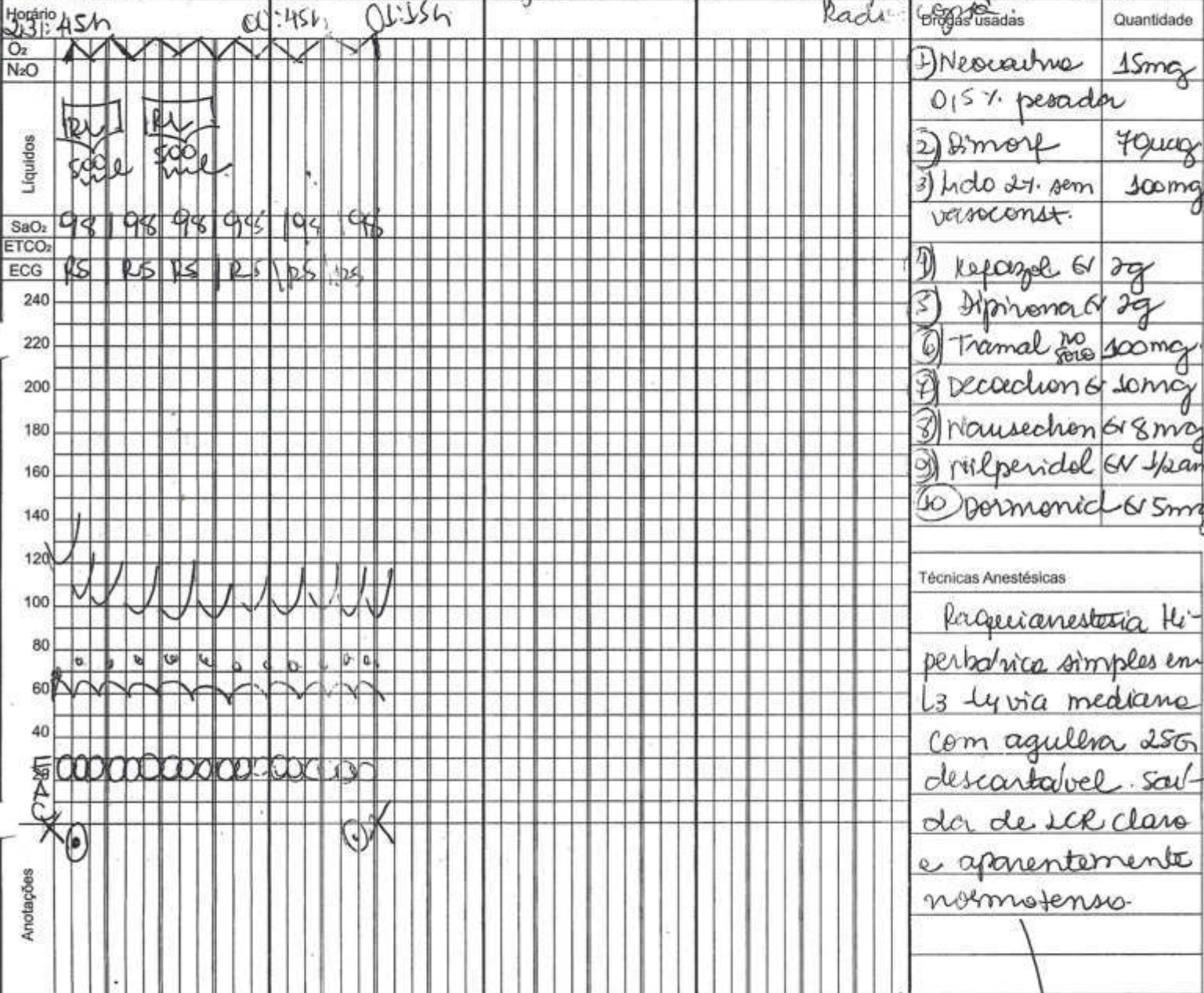
Reg: 1966938

Paciente: HUMBERTO FERREIRA DANTAS Sexo: M Cor: Parda Idade: 59a Risco: ASA II

CRM: 11989 Nome do Anestesista: ANAYANA PAULA SIMÕES Nome do Cirurgião: DIAMIEL CARVALHO

Medicação Pré-anestésica: conv: FACHESF ESPECIAL Urgência:  NÃO  SIM

Cirurgia: T+9 Cúmg. de fratura exposta do fêmur com fixador externo + deslocamento cálcico + sutura de pequenos ferimentos +



- Monitorização**
- Cardioscópio
  - Oxímetro
  - PNI
  - Sonda Vesical
  - Capnógrafo
  - Estet. Pré-cordial
  - Outros
  - BIS
  - Temperatura
  - Swan-Ganz
  - Analisador Gases
  - PVC
  - Estimulador de Nervo
  - Linha Arterial
  - Volemia IBP Plus

- Encaminhado**
- Acordado
  - Sonolento
  - Entubado
- Destino**
- SRPA
  - UTI
  - Externo
  - Apart./ Enf.
- Caso encaminhamento para apartamento:  SIM  NÃO
- Paciente preenche critérios de alta SRPA?  SIM  NÃO
- Score de Aldrete: \_\_\_\_\_

Intercorrência:  NÃO  SIM

Descrever: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

- Verificação do funcionamento antes do procedimento:**
- Carro de Anestesia:  SIM  NÃO
  - Material de Assistência Ventilatória:  SIM  NÃO
  - Material para Bloqueio Anestésico:  SIM  NÃO
  - Outros:  SIM  NÃO

*Ana Paula Simões*  
Médica Anestesiologista  
CRM 11989

Assinatura do Anestesista

**HUMBERTO FERREIRA DANTAS**

Nasc: 04/03/1961 - 59a7m29d  
Reg: 1966938 - Prot: 000059418  
FACHESF/ESPECIAL - Sexo: M  
Entrada: 02/11/2020 - Hora: 22:27  
Matricula: 011653290000  
N. Soc: \_\_\_\_\_

ORTOPEDIA  
Leito: 412



FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Diabetes + Infecção aguda  
sem DF sem E  
Ferimento na E.

CONDUTA / PLANO TERAPÊUTICO

Intenções corretas de  
prevenção aguda, porém  
sintomas persistentes e sem

PROTOSCOLOS

<input type="checkbox"/> SEPSE	<input type="checkbox"/> DOR TORÁCICA	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> PAC	<input type="checkbox"/> ITU
<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA AO PARTO	<input type="checkbox"/> HEMORRAGIA DIGESTIVA	<input type="checkbox"/> IDOSO FRÁGIL	<input type="checkbox"/> CUIDADOS PALIATIVOS	
<input type="checkbox"/> CONTROLE GLICÊMICO	<input type="checkbox"/> TEV	<input type="checkbox"/> ALERGIA	<input type="checkbox"/> PHM NA CRIANÇA	<input type="checkbox"/> ASMA NA CRIANÇA

EXAMES SOLICITADOS

<input type="checkbox"/> USG	<input type="checkbox"/> TC	<input type="checkbox"/> RM	<input type="checkbox"/> ECO	<input type="checkbox"/> EDA
<input type="checkbox"/> BRONCOSCOPIA	<input type="checkbox"/> LABORATÓRIO	<input type="checkbox"/> CINTILOGRAFIA	<input type="checkbox"/> SWABS DE VIGILÂNCIA	

MEDIDAS DE PRECAUÇÃO

<input type="checkbox"/> ISOLAMENTO DE CONTATO	<input type="checkbox"/> ISOLAMENTO RESPIRATÓRIO	<input type="checkbox"/> PADRÃO
--	--	---------------------------------

MEDICAÇÕES PRESCRITAS

<input type="checkbox"/> DROGA VASOATIVA	QUAL (AIS):	
<input type="checkbox"/> ANTIBIÓTICO	QUAL (AIS):	PREVISÃO DE TÉRMINO: DIAS

Marcelo André C. Ferreira  
Cirurgia da Coluna Vertebral  
CRM: 10.910  
Mat: 197192-2

MÉDICO  
(ASSINATURA E CARIMBO)

ELABORAÇÃO

Setor: Comissão de Prontuários  
Nome: Adriana Passos Pequeno

APROVAÇÃO

Setor: Diretoria Médica  
Nome: Adriana Passos Pequeno

Assinatura:

Vigência : 20/09/2022

FORMULÁRIO DE ADMISSÃO MÉDICA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME COMPLETO:

DATA DE NASCIMENTO: / /

REGISTRO:

DATA DA ADMISSÃO 02/11/2022

Nome: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_\_  
Registro: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_  
Hora: \_\_\_\_\_

ANAMNESE

MÉDICO ASSISTENTE: Dr. Daniel Campos

FONE:

QUEIXA PRINCIPAL/DURAÇÃO:

H.D.A.:

peito an br, sem  
coce E qd qual de  
mot. Coce E q, pericome  
partipara s-ped.

EXAME FÍSICO:

AR: FR \_\_\_\_\_ irpm SaTO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_

TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ °C

ACV: PA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg FC \_\_\_\_\_ bpm

ABD:

SNC:

EXTREMIDADES:

Mao E q pericome s  
sind de pericome s  
partipara s-ped.  
R q pericome s pericome  
E q s-ped.

RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA - MEDICAÇÃO EM USO DOMICILIAR

MEDICAÇÕES SUSPENSAS NO INTERNAMENTO - (FAVOR JUSTIFICAR MOTIVO)

Inibidor + analgésico  
s-ped.

EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

Da. / Hora

Cada registro deve ser assinado e carimbado

02/11/20

# Enfermagem #

HUMBERTO FERREIRA DANTAS

Nasc: 04/03/1961 - 59 anos  
Reg: 1966981 - Pront: 000059418  
FACHESF/ESPECIAL  
Entrada: 02/11/2020 - Hora: 20:08  
Matricula: 011853290000  
N. Soc



Leito: URGEM

Tela: 1

22h00

Paciente atendido na emergência vítima de acidente de moto, trazido pelo SAMU. Atendido inicialmente pelo cirurgião que pediu parecer da ortopedia que solicitou internação cirúrgica de urgência por fratura de fêmur. Refere hipertensão e diabetes mellitus, nega alergia medicamentosa. Evolve ECG comipro metido, consciente, orientado, hipocorado, aciarótico, anictérico, eupneico em ar ambiente, dieta zerada para realizar procedimento cirúrgico de urgência. Apresenta lesão em MIE e depressividade. Eliminações fisiológicas espontâneas. Segue aguardando os trâmites de autorização. Riscos e condutas em prescrições de enfermagem.

MA: Daniel Campos

Elielma Ramos de Oliveira Ferreira  
Coren-PE 465130 ENF

Preparação cirurgia para 22h30.

Elielma Ramos de Oliveira Ferreira  
Coren-PE 465130 ENF

03/11/2020

Ortopedia

Ortop

Paciente internado no TCU Unimed para fratura fêmur GS9 + Desbridamento com fixação externa  
em AJS  
AX Cirúrgico  
AG Cirúrgico para Cirurgia de Urgência

Daniel Campos dos Santos  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM 15126

data/Hora Cada registro deve ser assinado e carimbado

# ENFERMAGEM #

05/11/2020  
02:10h

PACIENTE ADMITIDO NESTE SETOR PROCEDENTE DO  
POT TPO URGENTE DE FRATURA DO FEMUR (E) C/  
EXTERNO, REFE HA S E DA NEVA ALERGICAS. EXERC  
CONSUENTE, ORIENTADO EM REPOUSO NO LEITO. EXERC  
NORMOVARADO, HIDRATADO, AUP EM UBD TROCA P/ 05/11 SEM  
SINAIS FLORESTAS, FO EM COXA (E) COM FIXADOR EX-  
TERNO, PERNA (E) E MAO (E) DISTA LIBERADA. RISCO DE  
QUEDA + FLEBITE + INFECÇÃO + TVP + BRONCOASPIRAÇÃO + UPY.  
CD: CUMPRIR E TRATAR ORDENS, TROCAR AUP A CADA 72 HORAS  
CUIDADOS COM AUP + FO PREVENIR ANTIAGULANTE, NA  
DEBILIDADE CUMPRIR 30-45° COLOCAR COLCHÃO PNEUMÁTICO  
RECEBO PACIENTE SEM ACOMPANHANTE

RE  
S

Fabryca G. dos Santos  
Coren-PE 328.353-ENF

Fabryca G. dos Santos  
Coren-PE 328.353-ENF

03/11/2020

# Atendida (fratura do fêmur (E))  
m: Daniel Campos

Acumulado a procedimento cirurgico para  
colocar o fixador do fêmur do lado da esquerda  
do paciente, com o uso de um  
fixador externo. Cirurgia realizada em 05/11/2020, no setor  
de ortopedia.

CD: Solucionar as necessidades pré-op e p. cirúrgico

Escola Raimundo de Oliveira Farias  
Coren-PE 482130-ENF

Dr. Lucas Mousinho  
MÉDICO  
CREMEPE 29797

Escola Raimundo de Oliveira Farias  
Coren-PE 482130-ENF

LABORAÇÃO

Setor: Comissão de Prontuário  
Nome: Isabella Lobato, Janny Leonor.  
Assinatura:

APROVAÇÃO

Setor: Diretoria Médica  
Nome: Adriana Passos Pequeno

EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

Data/Hora Cada registro deve ser assinado e carimbado

03/11/2020 Conferência  
13hs

Nome: **HUMBERTO FERREIRA DANTAS**  
 Nasce: 04/03/1961 - 59a7m30d  
 Reg: 1966938 - Pront: 000059478  
 FACHESF/ESPECIAL - Sexo: M  
 Entrada: 02/11/2020 - Hora: 22:27  
 Matrícula: 011953290000  
 N. Soc:  ORTOPEDIA  
 Leito: 412

Paciente com HA: 1º DPO  
 + TO Fratura exposta fêmur  
 (E) + fratura externa, evoluindo  
 em EGE, consciente, orientado, restitudo ao  
 leito, oral, eufórico, normotensão, SSW este-  
 per. AVF em MSD com taca por 05/11 em  
 áreas plásticas. Deito por sup eol com me-  
 dula de baculopos. Anomali. Pele: lesões  
 do curativo em FO MJE + fratura externa  
 utilizando: 05 gaze, 01 compresso algodão  
 de, 02 ataduras de 15cm. Olcos 70%, mi-  
 croper, FO presente, sangramento em local  
 de inserção do fixador e em FO. Curativo  
 em mão (E) com sutura, sem sangramento.  
 MJE com dactil. Alimnecias espontâneas  
 presentes. Sem glicose deica. Incluído nos  
 protocolos de queda, febre, infecção, lesão  
 de pele. Conduta: manter com torçoes e  
 grades elevadas. Troca de AVF a cada 72 horas  
 Olanoxim da mão. mudança de decubito  
 2/2 horas. Segue aos cuidados da equipe.

Paulina Santos  
 COHEN-RE-500-ENE

03.11.20: Amolância Nutricional

Paciente admitido para realização de procedimento  
 cirúrgico (fratura exposta fêmur E), previsto para 05/11.  
 Repen por dietético, hipertensão. Repa alimnecias  
 alimentar, repa punca intestinal regular.

Dados Antropométricos:

Sex (apenas) = 72kg / altura = 1,60m / IMC = 28.

Diagnóstico Nutricional: Sobrepeso (0,85, 9+).


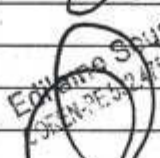
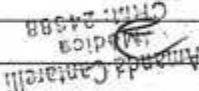
Risco Nutricional: Presente (0,85, 02).

Classificação em NAW = Secundário.

Índice Nutricional: 1800 kcal/d (20 kcal/kg/d) // 100g Prot (1,0g/100g)

Plano terapêutico

- Dieta Branda, Diabético, hipotensão, hiperuricemia  
 frequência 3/3 horas;

<p>ta/Hora</p>	<p>Cada registro deve ser assinado e carimbado</p> <p>observa glicemia PA e acúmulos alimentares;          - segue em acompanhamento nos próximos 48h;          - Reavaliação nos próximos 7 dias (se continuar)</p> <p style="text-align: right;">  </p> <p style="text-align: center;"> <b>Intervenção 1 hora</b>  <b>03/11/2020</b>  <b>16h45</b> </p> <p>Em tempo: 15h30</p> <p>Paciente abriu o placar do de plano emergencial, vindo de casa por via aérea. Que um profissional que vem trabalhar aqui para a emergência para dar a assistência social para o paciente, então ele se encontra neste momento</p> <p style="text-align: right;">  </p> <p>21/31/2020 #Intervenção          03/11/2020          Paciente apresentando sintomas          Cutis K=30.          Sem outras alterações analisadas na          avaliação de suas vitais          Col. @ para 16h45</p> <p style="text-align: center;">  </p>
----------------	--

<p><b>ABORAÇÃO</b></p> <p>tor: Comissão de Prontuário          me: Isabella Lobato, Janny Leonor.          sinatura:</p>	<p><b>APROVAÇÃO</b></p> <p>Setor: Diretoria Médica          Nome: Adriana Passos Pequeno</p> <p style="text-align: right;">K</p>
--	--



ta/Hora Cada registro deve ser assinado e carimbado

História Clínica: Amiga da  
Dra. Isabella Lobato, 59 anos. Res-  
p. queda de cabelo, cabelos  
do corpo e pernas, dor de  
cabeça, náuseas e vômitos, em  
particular observados após  
o uso de medicamentos. Separação  
de unhas.

Edilaine Souza  
CRM: 32.173/DF

04  
11  
5020  
17:20

Cláudio  
Sexo ♂ 59 anos.

Seu Cláudio de desconhecimento. Casado  
Hipertensão e diabete insulino depen-  
dente. Passado recente de infarctos -  
Coração 5 dias após infarctos  
do pulmão.

Recorreu ao Dr. Max

Antes de ser diagnosticado  
Seu diagnóstico Hepatite

do tipo crônica + icterícia

Caracteristicamente amarelado  
Não hepático (II)

Dr. Carlos Roberto  
CRM: 5887

4/11/2010  
17:48h

# Intoxicação  
CP: Relatado uma de náuseas  
e vômitos a partir de noite  
anterior à 9h.

LABORAÇÃO

or: Comissão de Prontoário  
ne: Isabella Lobato, Janny Leonor.  
inatura:

APROVAÇÃO

Setor: Diretoria Médica  
Nome: Adriana Passos Pequeno

Dr. Lucas  
CRM: 5887

Vigência  
01/03/2023

Revisão  
02

Código  
HES.INS.FOR.095

Página  
1/5

**PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM UNIDADE DE INTERNAÇÃO ( ) CLÍNICO ( ) CIRÚRGICO**

Data: 03/11/2020  
Hora: \_\_\_\_\_

**HUMBERTO FERREIRA DANTAS**

Nasc: 04/03/1961 - 59a/7m30d  
 RG: 19800338 - pt-unt 000050418  
 PACESF/ESPECIAL - Sexo: M  
 Entrada: 02/11/2020 - Hora: 22:27  
 Matrícula: 011853290000  
 N. Soc: \_\_\_\_\_  
 ORTOPEDIA  
 Leito: 412

Nome do paciente: \_\_\_\_\_  
 Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Registro: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	INTERVENÇÕES / PRESCRIÇÕES	APRAZAMENTO
( ) Risco para eventos adversos na terapia medicamentosa	( ) Utilização de medicamentos de alta vigilância ( ) Anestésicos ( ) Polifarmácia ( ) Hepatins de alta dosagem ( ) Quimioterápicos ( ) Hemoderivados ( ) KC.	Atenção: Confirmar identificação do paciente na presença da pulseira, conferir prescrição antes da administração dos medicamentos e perguntar ao paciente sobre alergia. ( ) Verificar SSV / Oximetria de pulso / NEWS ( ) Realizar dupla checagem ( ) Monitorar e comunicar presença de sangramentos antes da administração dos anticoagulantes ( ) Realizar rodizio do local de aplicação das medicações subcutâneas. ( ) Monitorar reações adversas durante a administração de hemoderivados	
( ) Risco para Tromboembolismo Venoso (TEV) relacionado aos fatores intrínsecos e/ou complexidade do procedimento	( ) Cirurgia de porte médio e alto ( ) Cirurgia de risco alto ( ) Obesidade ( ) Infecção ( ) Varizes/insuficiência venosa ( ) História de TEV/TVP e/ou Embolia pulmonar ( ) DPOC, IAM, AVC, Câncer ( ) Cateteres venosos( central) ( ) Internação em UTI ( ) Gravidez/Puerpério( Não considerar cesárea ) ( ) Mobilidade reduzida	( ) Monitorar e comunicar reações adversas a medicamentos : Dispneia, alterações glicêmicas, imobilidade, visão turva, tonturas confusão mental, taquicardia, bradicardia, febre, cefaléias, náuseas e vômitos, cefaleia, alterações de PA, prurido. ( ) Avaliar e comunicar presença de dor e /ou edema nos MMII ( Sinal de Homans) ( ) Administrar a profilaxia medicamentosa ( ) Monitorar e comunicar ocorrências de sangramento gengival, equimoses, petéquias, epistaxe e hematúria; ( ) Deambular conforme orientação médica. ( ) Monitorar alterações no padrão respiratório (Bradipnéia / taquidispnéia) conforme o Protocolo de NEWS e comunicar alterações. ( ) Instalar a profilaxia mecânica ( botas pneumáticas / meias elásticas )	

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM LIMPADE DE INTERNAÇÃO ( ) CLÍNICO ( ) CIRÚRGICO

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	INTERVENÇÕES / PRESCRIÇÕES	APRAZAMENTO
<p>( ) Risco de instabilidade hemodinâmica(ex.: Sangramentos)</p>	<p>Uso de drenos:  <input type="checkbox"/> Penrose  <input type="checkbox"/> Portovac  <input type="checkbox"/> Torácico  <input type="checkbox"/> Jackson Pratt  <input type="checkbox"/> Blake  <input type="checkbox"/> Diagnóstico de HDV/HDB  <input checked="" type="checkbox"/> Pós-operatório  <input type="checkbox"/> Uso de anti-coagulantes</p>	<p>( ) Monitorar sinais vitais conforme protocolo de NEWS e avaliar sinais de choque. Comunicar as alterações nos valores de: FC &lt;40 ou &gt; 110; FR &lt;10 ou &gt;20; PA &lt;80x60 ou &gt; 140x90; Temp &lt;35 ou &gt;37; Escala de Glasgow, eliminações de urina &lt;50mL/h</p> <p>( ) Inspeccionar o local da incisão cirúrgica a cada 24 h.</p> <p>( ) Atentar para volume de drenagem e comunicar ao médico no caso de alterações.</p> <p>( ) Comunicar os resultados dos exames com limite crítico</p> <p>( ) Mensurar, anotar débito de dreno a cada 12 horas</p> <p>( ) Atentar para presença de sangramentos</p> <p>( ) Atentar para realização da troca de reservatório (seio d'água conforme protocolo institucional)</p>	
<p>( ) Risco de queda associado ao uso de Moraes/Utilização de medicamentos que potencializam o risco de queda</p>	<p>Idade &gt;65 anos ou &lt;5 anos  <input type="checkbox"/> Utilização de medicamentos que potencializam o risco de queda  <input type="checkbox"/> História de queda nos últimos 3 meses  <input type="checkbox"/> Risco de Delirium  <input checked="" type="checkbox"/> Pós-operatório imediato</p>	<p>( ) Orientar quanto a distribuição assistida</p> <p>( ) Manter pedras e grades: cama travada no nível mais baixo, luzes scesas</p> <p>( ) Instalar protetores laterais na cama</p> <p>( ) Sinalizar em pulseira de identificação o risco de queda</p> <p>( ) Utilizar calçados/meias antiderrapantes</p> <p>( ) Realizar transposição cirúrgica conforme protocolo</p> <p>( ) Agendar a avaliação da fisioterapia para verificação de controle de tronco/orientação motora, e orientação aos familiares quanto a deambulação assistida</p> <p>( ) Agendar assistente social quando o paciente com risco alto para queda encontrar-se sozinho em apartamento</p>	

DIAGNÓSTICO	FATORES RELACIONADOS	INTERVENÇÕES / PRESCRIÇÕES	AVALIAMENTO
<p>( ) Risco de infecção ou hipotese diagnóstica</p> <p>( ) ITU</p> <p>( ) ITR</p> <p>( ) IPCS</p>	<p>( ) Insuficiência Renal</p> <p>( ) Diabetes Mellitus</p> <p>( ) Imunodeficiência</p> <p>( ) Leucopenia ou Leucocitose</p> <p>( ) História previa de infecção</p> <p>( ) Tosse prolongada/produtiva ( ) Nutrição Parenteral / Enteral</p> <p>( ) Presença de AVP: PCC, CVC, CIL, COL, CTI</p> <p>( ) Internamento de longa permanência</p> <p>( ) SVD; SVA</p>	<p><b>Ação:</b> Seguir protocolo institucional de higienização das mãos, cumprindo as medidas preventivas.</p> <p>( ) Higienizar as mãos sempre antes e após contato com o paciente.</p> <p>( ) Utilizar EPI's de acordo com a classificação da medida de precaução do paciente</p> <p>( ) Orientar o paciente e familiar quanto as medidas de prevenção de infecção</p> <p>( ) Monitorar sinais vitais conforme protocolo de NEWS e avaliar a presença de sintomas de infecção.</p> <p>( ) Realizar troca de equipes simples, consecutivas e extensas a cada 72 horas ou sempre que necessário. Troca ____/____</p> <p>( ) Avaliar/registrar todas as vas invasivas a cada 24 horas e comunicar se sinais flogísticos.</p> <p>( ) Manter acesso com cobertura estéril conforme protocolo da instituição</p> <p>( ) Desligar dieta por SNE/GTT durante manipulação do paciente</p> <p>( ) Manter e otimizar a técnica de manutenção de vias aéreas e realizar aspiração se necessário</p> <p>( ) Manter fixação adequada do SVD e avaliar o braço de abrigar até 2,0 do volume, verificando o fluxo uritário a cada 72 horas</p> <p>( ) Realizar SVA conforme prescrição médica e registrar o procedimento</p>	
<p>( ) Risco de Broncação</p>	<p>( ) Sedação</p> <p>( ) Pós - operatório</p> <p>( ) Convulsão</p> <p>( ) Obesidade</p> <p>( ) AVC</p> <p>( ) Presença de sondas / tubos</p> <p>( ) Paraplegia / hemiplegia</p> <p>( ) Demência pré - senil</p>	<p>( ) Manter paciente em decúbito a 45º.</p> <p>( ) Avaliar retenção de alimentos/líquidos na cavidade oral.</p> <p>( ) Se paciente utilizar TQT, aspirar conforme a necessidade, Troca de fixação a cada 24 horas.</p> <p>( ) Lavar a SNE / GTT antes e após administração de medicações</p> <p>( ) Verificar pela marcação da fixação ( ) da SNE (não administrar se extensorizada).</p>	
<p>( ) Risco de dor aguda relacionado aos fatores intrínsecos/extrínsecos evidenciados pelo escore de EVA</p>	<p>( ) Algias</p> <p>( ) Pós-operatório</p> <p>( ) Curativos extensos/dolorosos</p>	<p>( ) Registrar o escore de EVA ( 0 a 10 ), registrando em evolução intensidade, local e características da dor</p> <p>( ) Administração de analgésicos escalonados conforme prescrição médica</p> <p>( ) Reavaliar queixas algícas após administração dos medicamentos, de acordo com o tempo de ação de cada droga ( máx. de reavaliação em até 50 minutos)</p> <p>( ) Acionar TRR, nos casos em que não houver resolução das queixas algícas</p>	

Risco de infecção relacionado ao procedimento cirúrgico

Procedimento cirúrgico

Realizar banho com agente antisséptico 2 horas antes da cirurgia com cloroquina degermantante a 2%

- Realizar triclotomia caso necessário no mesmo momento do banho
- Realizar higiene oral com solução padronizada antes do procedimento cirúrgico.
- Higienizar as mãos antes e após procedimentos
- Realizar curativo conforme técnica aséptica
- Monitorar ferida operatória e informar da vermelhidão, calor e presença de secreção.
- Realizar assepsias dispostivos

- Evitar a presença de feridas de suicídio
- Presença de transtornos psicológicos
- Uso de drogas ilícitas

- Conferir o uso contínuo de alheras descartáveis
- Conferir as travas das janelas
- Conferir o recolhimento da chave do apt
- Manter paciente afastado próximo ao posto de enfermagem (preferencialmente)
- Realizar limpeza de material do apartamento que oferece risco ao paciente ( Ex: Seringas, equipamentos perfuro-cortantes)

Risco de Suicídio

Procedimento cirúrgico

Monitorar sinais vitais, sinais de hipotensão, febre, taquicardia e comunicar alterações detectadas, pela fis. pediatra, hipotensão, taquicardia, outros.

- Procedimento cirúrgico
- Coagulopatias no intraoperatório
- Perdas Sanguíneas
- Infusões Endovenosas
- Tempo cirúrgico > 60 min
- Neonatos, crianças < 6 anos e idosos > 80 anos

- Monitorar e registrar temperatura corpórea
- Manter paciente aquecido

Risco para Hipotermia

Procedimento cirúrgico

Monitorar sinais vitais, sinais de hipotensão, febre, taquicardia e comunicar alterações detectadas, pela fis. pediatra, hipotensão, taquicardia, outros.

- Risco de Glucosemias (Hipoplicemia / Hiperglicemia)

Monitorar e registrar temperatura corpórea

Risco de Glucosemias (Hipoplicemia / Hiperglicemia)

Procedimento cirúrgico

Monitorar e registrar temperatura corpórea

Risco de Glucosemias (Hipoplicemia / Hiperglicemia)

Procedimento cirúrgico

Monitorar e registrar temperatura corpórea

Risco de Glucosemias (Hipoplicemia / Hiperglicemia)

Procedimento cirúrgico

Monitorar e registrar temperatura corpórea

Risco de Glucosemias (Hipoplicemia / Hiperglicemia)

Procedimento cirúrgico

Monitorar e registrar temperatura corpórea

Risco de Glucosemias (Hipoplicemia / Hiperglicemia)

Procedimento cirúrgico

Monitorar e registrar temperatura corpórea

Risco de Glucosemias (Hipoplicemia / Hiperglicemia)

Procedimento cirúrgico

Monitorar e registrar temperatura corpórea

Risco de Glucosemias (Hipoplicemia / Hiperglicemia)

Procedimento cirúrgico

Monitorar e registrar temperatura corpórea

Risco de Glucosemias (Hipoplicemia / Hiperglicemia)

Procedimento cirúrgico

Monitorar e registrar temperatura corpórea

Risco de Glucosemias (Hipoplicemia / Hiperglicemia)

Procedimento cirúrgico

Monitorar e registrar temperatura corpórea

Risco de Glucosemias (Hipoplicemia / Hiperglicemia)

Procedimento cirúrgico

Monitorar e registrar temperatura corpórea

REGIME POS-OPERATORIO

<p><input type="checkbox"/> Risco de lesão da pele prejudicada associado à diminuição da mobilidade - pela autoconsciência pela escala de Braden (Escala B1 PO).</p>	<p><input type="checkbox"/> Uso de dispositivos (sondas, dínias)</p> <p><input type="checkbox"/> Imobilidade</p> <p><input type="checkbox"/> Perforações</p> <p><input type="checkbox"/> Empiomas/abscessos/feridas</p> <p><input type="checkbox"/> Quedas</p> <p><input type="checkbox"/> Diabete</p> <p><input type="checkbox"/> Câncer / Doença terminal</p> <p><input type="checkbox"/> Insuficiência Renal</p> <p><input type="checkbox"/> Alteração vascular oclérica</p> <p><input type="checkbox"/> Imóvel a longo prazo</p> <p><input type="checkbox"/> Uso de aparelho de tração</p> <p><input type="checkbox"/> Ortopédica</p> <p><input type="checkbox"/> Posicionamento Cirúrgico</p>	<p>08.11.14 14.20.23.02 US</p> <p>07h.18h 18h-07h</p>
<p><b>Objetivo Institucional do plano de prevenção do risco e seguir as medidas preventivas</b></p> <p>Realizar medidas de prevenção de lesão da pele e garantir a proteção da pele em todas as situações (cuidados, alterações de sensibilidade, calor e umidade)</p> <p>Metas: Colchão pneumático e almofada transparente em proximidades ósseas</p> <p>Asserção de prevenção de LPP (se necessário)</p> <p>Realizar troca de curativos preventivos a cada 2 dias ou 5h</p> <p>Facilitar troca de curativos preventivos a cada 2 dias ou 5h</p> <p>Verificar fixação dos dispositivos conforme Protocolo</p> <p>Transposição cirúrgica conforme protocolo</p>		

Assinatura enfermeiros (as)

Manhã: \_\_\_\_\_  
 Tarde: \_\_\_\_\_  
 Noturno: \_\_\_\_\_

Assinatura do técnico de enfermagem

Diurno: \_\_\_\_\_  
 Noturno: \_\_\_\_\_

<p><b>ELABORAÇÃO:</b></p> <p>Sector: Unidade de Internação</p> <p>Nome: Mayana Lavor, Ana Rita Braga, Bárbara Carvalho</p> <p>Assinatura: _____</p> <p>Vigência: 01/03/2023</p>	<p><b>APROVAÇÃO:</b></p> <p>Sector: Coordenação de Enfermagem</p> <p>Nome: Taciana Diniz</p>
---	--

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM UNIDADE DE INTERNAÇÃO ( ) CLÍNICO (X) CIRÚRGICO

Data: 02/11/20  
Hora: 22:00

Nome do paciente: Humberto Ferreira Dantas  
Data de nascimento: 04/03/1961  
Registro: 1960881

HUMBERTO FERREIRA DANTAS  
Nasc: 04/03/1961 - 59 anos  
Reg: 1960881 - Pront: 000059419  
FACHESP/ESPECIAL  
Entrada: 02/11/2020 - Hora: 20:08  
Matrícula: 011953290000  
N. Soc:



Leito: URGEN

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	INTERVENÇÕES / PRESCRIÇÕES	APRAZAMENTO
( ) Risco para eventos adversos na terapia medicamentosa	( ) Utilização de medicamentos de alta vigilância ( ) Anestésicos ( ) Polifarmácia ( ) Heparinas de alta dosagem ( ) Quimioterápicos ( ) Hemoderivados ( ) KCL	Atenção: Confirmar identificação do paciente na presença da paciente, conferir prescrição antes da administração dos medicamentos e perguntar ao paciente sobre alergia. ( ) Verificar SSVV / Oximetria de pulso / NEWS ( ) Realizar dupla checagem ( ) Monitorar e comunicar presença de sangramentos antes da administração dos anticoagulantes ( ) Realizar rodízio do local de aplicação das medicações subcutâneas. ( ) Monitorar reações adversas durante a administração de hemoderivados	
(X) Risco para Tromboembolismo Venoso (TEV) relacionado aos fatores intrínsecos e/ou complexidade do procedimento	(X) Cirurgia de porte médio e alto ( ) Cirurgia de risco alto ( ) Obesidade ( ) Infecção ( ) Varizes/insuficiência venosa ( ) História de TEV/TVP e/ou Embolia pulmonar ( ) DPOC, IAM, AVC, Câncer ( ) Distúrbios venosos (centrais) ( ) Internação em UTI ( ) Gravidez/Parênese (Não consultar parênese) ( ) Mobilização restrita	(X) Avaliar e comunicar presença de dor e/ou edema nos MMII ( Sinal de Homans) (X) Administrar a profilaxia medicamentosa (X) Monitorar e comunicar ocorrências de sangramento gengival, equimoses, petéquias, epistaxe e hemátua; ( ) Distribuir conforme orientação médica; (X) Monitorar alterações no padrão respiratório (Bradipnéia / taquidiscritia) conforme o protocolo de NEWS e comunicar alterações ( ) Avaliar e profilaxia médica ( botas pneumáticas / meias elásticas )	

FORMULÁRIO / INSITUCIONAL  
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM UNIDADE DE INTERNAÇÃO ( ) CLÍNICO ( ) CIRÚRGICO

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	INTERVENÇÕES / PRESCRIÇÕES	APRAZAMENTO
<p>( ) Risco de instabilidade hemodinâmica(ex.: Sangramentos)</p>	<p>Uso de drenos:                      ( ) Penrose                      ( ) Portovac                      ( ) Terábico                      ( ) Jackson Pratt                      ( ) Blake                      ( ) Diagnóstico de HDA/HDB                      ( ) Pós-operatório                      ( ) Uso de anti-coagulantes</p>	<p>( ) Monitorar sinais vitais conforme protocolo de NEWS e avaliar sinais de choque. Comunicar se alterações nos valores de: FC &lt;40 ou &gt; 110; FR &lt;10 ou &gt;20; PA &lt;60x60 ou &gt; 140x90; Temp &lt;35 ou &gt;37; Escala de Glasgow, eliminações da urina &lt;50ml/h.</p> <p>( ) Inspeccionar o local da incisão cirúrgica a cada 24 h ;</p> <p>( ) Atentar para volume de drenagem e comunicar ao médico no caso de alterações.</p> <p>( ) Comunicar os resultados dos exames com limite crítico.</p> <p>( ) Mensurar fnotor débito do dreno a cada 12 horas</p> <p>( ) Atentar para presença de sangramentos</p> <p>( ) Atentar para realização da troca de reservatório /selo d' água conforme protocolo institucional</p>	
<p>( ) Risco de Queda associado ao escoro de Morse/ Utilização de medicamentos que potencializam o risco de queda.</p>	<p>( ) Idade &gt;65 anos ou &lt;5 anos                      ( ) Utilização de medicamentos que potencializam o risco de queda                      ( ) História de queda nos últimos 3 meses                      ( ) Risco de Delírium                      ( ) Pós-operatório imediato</p>	<p>( ) Orientar quanto a deambulação assistida</p> <p>( ) Manter grades elevadas, cama travada no nível mais baixo; luzes acasas</p> <p>( ) Instalar protetores laterais na cama</p> <p>( ) Sinalizar em pulseira de identificação o risco de queda</p> <p>( ) Utilizar calçados/meias antiderrapantes</p> <p>( ) Realizar transposição cirúrgica conforme protocolo</p> <p>( ) Agenciar a avaliação da fisioterapia para verificação de controle de tônus/coordenação motora, e orientação aos familiares quanto a deambulação assistida</p> <p>( ) Agenciar assistência social quando o paciente com risco alto para queda encontrar-se sozinho em apartamento.</p>	

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM UNIDADE DE INTERNAÇÃO ( ) CLÍNICO (X) CIRÚRGICO

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	INTERVENÇÕES / PRESCRIÇÕES	APRAZAMENTO
<p><input checked="" type="checkbox"/> Risco de Infecção ou hipótese diagnóstica</p> <p><input type="checkbox"/> ITU <input type="checkbox"/> ITR <input checked="" type="checkbox"/> IPCS</p>	<p>( ) Insuficiência Renal ( ) Diabete Mellitus ( ) Imunodeficiência ( ) Leucopenia ou Leucocitose ( ) História prévia de infecção ( ) Tosse prolongada/produção ( ) Nutrição Parenteral / Enteral <input checked="" type="checkbox"/> Presença de AVP, PICC, CVC, CTL, CDL, CTI ( ) Internamento de longo permanência ( ) SVD/SVA</p>	<p><b>Atenção: Seguir protocolo Institucional de higienização das mãos, cumprindo as medidas preventivas.</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Higienizar as mãos sempre antes e após contato com o paciente; <input checked="" type="checkbox"/> Utilizar EPI's de acordo com a classificação da medida de precaução do paciente; <input checked="" type="checkbox"/> Orientar o paciente e familiar quanto as medidas de prevenção de infecção. <input checked="" type="checkbox"/> Monitorar sinais vitais conforme protocolo de NEWS e avaliar a presença de sintomas de infecção; <input checked="" type="checkbox"/> Realizar troca de equipamentos simples, conectores e extensão a cada 72 horas ou sempre que necessário. Inst: 05/11 ( ) Avaliar/ registrar todas as vias invasivas a cada 24 horas e comunicar se sinais flogísticos; <input checked="" type="checkbox"/> Manter acesso com cobertura estéril conforme protocolo de instituição. ( ) Diluir dieta por SNE/GTT durante manipulação do paciente ( ) Monitorar e comunicar presença de hipersecreção de vias aéreas e realizar aspiração se necessário. ( ) Manter fixação adequada da SVD e esvaziar bolsa coletora ao atingir até 2/3 do volume, verificando o fluxo urinário a cada 12 horas ( ) Realizar SVA conforme prescrição médica, e registrar o procedimento. ( ) Manter paciente em decúbito à 45°. ( ) Avaliar retenção de alimentos/líquidos na cavidade oral. ( ) Se paciente utilizar TQT, aspirar conforme a necessidade; Troca de fixação a cada 24 horas. ( ) Lavar a SNE / GTT antes e após administração da medicação ( ) Verificar pela marcação da fixação ( ) da SNE (não administrar se exteriorizada); ( ) Registrar o escore de EVA ( 0 a 10 ), registrando em evolução intensidade, local e características da dor. ( ) Administração de analgésicos escalonados conforme prescrição médica. ( ) Reavaliar queixas algícas após administração dos medicamentos; de acordo com o tempo de ação de cada droga ( máx. de reavaliação em até 60 minutos) ( ) Acionar TRR, nos casos em que não houver resolução das queixas algícas.</p>	
<p><input type="checkbox"/> Risco de Dor aguda relacionado aos fatores intrínsecos/extrínsecos evidenciados pelo escore de EVA</p>	<p>( ) Sedação ( ) Pós - operatório ( ) Convulsão ( ) Obesidade ( ) AVC ( ) Presença de sondas / tubos ( ) Paraplegia / hemiplegia ( ) Demência pré - senil ( ) Algias ( ) Pós- operatório ( ) Curativos extensos/doloroso</p>		

Vigência  
01/03/2023

Revisão  
02

Código  
HES.INS.FOR.095

Página  
4/5

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM UNIDADE DE INTERNAÇÃO ( ) CLÍNICO ( ) CIRÚRGICO

\_\_\_H

<p><input checked="" type="checkbox"/> Risco de Infecção relacionado ao procedimento cirúrgico</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Procedimento cirúrgico</p>	<p>( ) Realizar banho com agente antisséptico 2 horas antes da cirurgia com cloroxidina degermante a 2%.</p> <p>( ) Realizar tricotomia caso necessário no mesmo momento do banho</p> <p>( ) Realizar higiene oral com solução padronizada antes do procedimento cirúrgico.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Higienizar as mãos antes e após procedimentos</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo conforme técnica asséptica</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Monitorar ferida operatória e informar: dor, vermelhidão, calor e presença de secreção.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Realizar assepsia de dispositivos</p>
<p>( ) Risco de Suicídio</p>	<p>( ) História prévia de tentativas de suicídio</p> <p>( ) Presença de transtornos psicológicos</p> <p>( ) Uso de drogas ilícitas/ilícitas</p>	<p>( ) Conferir o uso contínuo de talheres descartáveis</p> <p>( ) Conferir as travas das janelas</p> <p>( ) Conferir o recolhimento da chave do apt</p> <p>( ) Manter paciente informado próximo ao posto de enfermagem (preferencialmente).</p> <p>( ) Recolher qualquer material do apartamento que ofereça risco ao paciente ( Ex.: Sarringas, equibos, perfurou-cortantes)</p>
<p>( ) Risco para Hipotermia</p>	<p>( ) Procedimento cirúrgico</p> <p>( ) Coagulopatias no intraoperatório</p> <p>( ) Perdas Sanguíneas</p> <p>( ) Infusões Endovenosas</p> <p>( ) Tempo cirúrgico &gt; 60 min</p> <p>( ) Neonatos, crianças &lt; 6 anos e idosos &gt; 60 anos.</p>	<p>( ) Monitorar e registrar temperatura corpórea</p> <p>( ) Manter paciente aquecido</p>
<p><input checked="" type="checkbox"/> Risco de Glicemia Instável (Hipoglicemia / Hiperglicemia)</p>		<p><input checked="" type="checkbox"/> Monitorar sinais e sintomas de hipoglicemias / hiperglicemias e comunicar alterações (cefaleia, pele fria, palidez, hipotensão, taquicardia, outros)</p>

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM UNIDADE DE INTERNAÇÃO ( ) CLÍNICO ( ) CIRÚRGICO

<p>( ) Risco de integridade da pele prejudicada associado à diminuição da mobilidade no leito, evidenciado pela escala de Braden / Escala ELPO.</p>	<p>( ) Uso de dispositivos (sondas, drenos) ( ) Imobilidade ( ) Desorientação ( ) Emagrecimento / Desnutrição ( ) Obesidade ( ) Diabetes ( ) Câncer / Doença terminal ( ) Insuficiência Renal ( ) Alteração vascular periférica ( ) Idade avançada ( ) Uso de aparelho de tração Ortopédica ( ) Posicionamento Cirúrgico.</p>	<p><b>Atenção:</b> Avaliar e reavaliar o risco conforme protocolo institucional de prevenção de lesão e seguir as medidas preventivas</p> <p>( ) Realizar mudança de decúbito a cada 3 h, inspecionar a pele e comunicar se presença de vermelhidão, flictena, bolhas), alterações da sensibilidade, calor e edema ( ) Instalar colchão pneumático e filmes transparente em proeminências ósseas ( ) Acionar comissão de prevenção da LPP ( se necessário ) ( ) Conferir assinatura do Termo de consentimento sobre as orientações realizadas sobre medidas preventivas, com o envolvimento de paciente/familiares no autocuidado. ( ) Realizar troca de curativos preventivo _____ a cada _____ dias ou S/N antes do prazo justificar. ( ) Verificar fixação dos dispositivos conforme Protocolo. ( ) Transposição cirúrgica conforme protocolo</p>	<p>08 11 14 17 20 23 02 05 07h- 19h 19h-07h</p>

Assinatura enfermeiros (as)

Manhã: \_\_\_\_\_

**Etelvina Ramos de Oliveira Ferreira**  
Coren-PE 465130 ENF

Tarde: \_\_\_\_\_

Noturno: \_\_\_\_\_

Assinatura do técnico de enfermagem

Diumo: \_\_\_\_\_

Noturno: \_\_\_\_\_

ELABORAÇÃO:

Sector: Unidade de Internação  
Nome: Flaviana Lavor, Ana Rita Braga, Bárbara Geraldo  
Assinatura:

Vigência: 01/03/2023

APROVAÇÃO:

Sector: Coordenação de Enfermagem  
Nome: Teliana Diniz

100

**AVALIAÇÕES - O paciente deverá ser avaliado a cada 15 minutos na primeira hora pós op.**

		15 min.	30 min.	45 min.	60 min.	1 h 30 min.	2 h
Hora	12:55	13:10	13:25	13:40			
Temperatura	36,3	36,3	36,3	36,3			
Pulso	70	89	91	89			
Respiração	18	17	15	15			
Sat O <sub>2</sub>	98	98	100	96			
PA (mmHg)	150x60	128x60	130x68	137x72			

**BALANÇO HÍDRICO**

HORA	ENTRADAS								SAÍDAS					TOTAL
	SG	SLR	SF	Manitol	Albumina	Conc. Hemácias	Plasma Fresco	Perdas / Horas	Diurese	Sangramento	Dreno	SNG		

**ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

Paciente admitido na SR, vindo da S.O. F.O.R. Consciente, orientado, S.S.O. estáveis, A.P. em U.I. dia 45G. Pericardio limpo e seco, sem geixas, surge nos dados de

**DESTINO DO PACIENTE**

- UTI
- Unidade de Internação
- Residência

Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTERIO DA INSCRICAO E REGISTRO  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRAFEGO  
 CARTERA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME  
**ALAIDE ELAINE LOPES DE ALBUQUERQUE**

RG IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
**5599341 SDS PE**

CPF DATA NASCIMENTO  
**050.419.064-05 05/08/1984**

FILIACAO  
**LOUREVAL FREIRE DE ALB  
 UQUERQUE FILHO  
 GILSA LOPES CORDEIRO**

N.º REGISTRO VALIDADE 1.ª HABILITACAO  
**05746609059 25/20/2024 04/04/2013**

OBSERVAÇÕES

*Alaide Elaine Lopes de Albuquerque*  
 ASSINATURA PORTADOR

LOCAL DATA EMISSAO  
**RECIFE, PE 09/12/2019**

*Roberto Carlos Moraes Pomalaa*  
 Roberto Carlos Moraes Pomalaa  
 Diretor Presidente  
 ASSINATURA DO EMISSOR

**54442415837**  
**PE095438513**

**PERNAMBUCO**

DENATRAN CONFIRAN

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
**1933572603**

PROIBIDO PLASTIFICAR  
**1933572603**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1107320996

NOME HUMBERTO FERREIRA DANTAS		
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF 1991231 RDS PE		
CPF 327.828.694-04	DATA NASCIMENTO 04/03/1961	
FILIAÇÃO ISMAR DANTAS DA SILVA LAURIMETE FERREIRA DANTAS		
PERMISSÃO [REDACTED]	ACC [REDACTED]	CAT. FINE AB
Nº REGISTRO 02328585227	VALIDADE 25/09/2020	1ª HABILITAÇÃO 11/10/1982

OBSERVAÇÕES  
A

*[Signature]*  
AUTENTICAÇÃO DO FORTALECIDO

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1107320996

LOCAL RECIFE - PE	DATA EMISSÃO 01/10/2015
<i>[Signature]</i> ASSINATURA DO EMISSOR	
81325048069 PE060134622	

DETRAN - PE - PERNAMBUCO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014803119674  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA 1 CDD. RENAVAM 1169082170 R.N.T.R.C. \*\*\*\*\* EXERCÍCIO 2019

NOME  
DAMIANA JOSEFA BARBOSA

RECIFE-PE  
CPF / CNPJ 021.197.974-04 PLACA PDJ7920

PLACA ANT / UF \*\*\*\*\* PE CHASSI 9C6RG5010K0014356

ESPECIE TIPO 025 / 1600X175 COMBUSTIVEL

MARCA / MODELO YAMAHA/FZ25 FAZER ANO FAB. 2018 ANO MOD. 2019

CAP / POT / CL 2P/249CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE AEDI

I P V A	COTA ÚNICA		VENÇ. COTA ÚNICA	VENÇ. / COTAS
	IPVA 2019 QUITADO		1ª	*****
	FAIXA IRVA	PARCELAMENTO / COTAS	2ª	*****
	1	*****	3ª	*****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11 ICF (R\$) 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$) 84.58 DATA DE PAGAMENTO 27/02/19

OBSERVAÇÕES  
AL. FID. BANCO YAMAHA MOTOR DO BRA

RECIFE LOCAL Roberto F. Dolles DATA 23/03/19

Roberto Carlos Marcelo Fostelles

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014803119674 BILHETE DE SEGURO DPVAT

DAMIANA JOSEFA BARBOSA  
AVENIDA PROFESSOR AATUR DE SA 68 50740-5  
CASA - A CID UNIVERSITARIA RECIFE-PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 23/03/19

VIA 1 CDD. RENAVAM 1169082170 CPF / CNPJ 021.197.974-04 PLACA PDJ7920

MARCA / MODELO YAMAHA/FZ25 FAZER

ANO FAB. 2018 CL. PRE. 09 Nº CHASSI 9C6RG5010K0014356

PRÊMIO TARIFÁRIO  
FNS (R\$) 36.05 DENATIBAN (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.25 ICF (R\$) 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$) 84.58

PAGAMENTO  COTA ÚNICA  PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 27/02/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT  
CNPJ 09.048.805/0001-04

DESTAQUE A QUANTO O BILHETE DPVAT

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

*Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.*

Número do Sinistro: 3210088743

Nome do(a) Examinado(a): HUMBERTO FERREIRA DANTAS

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Professor Luiz Gonzaga Porto, 111, , Recife/PE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SDS-PE / 1991231

Data e local do acidente: 02/11/2020 - Recife/PE

Data e local do exame: 15/04/2021 - 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 exposta do fêmur esquerdo. Ferimento no 5° dedo da mão esquerda.

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

osteossíntese da fratura, fez fisioterapia, não comprova data da alta médica.

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

Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho varo, flexão aos 70°, extensão aos 110°, ausência de derrames articulares, presença de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

IV. Nexo 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 grave de membro inferior esquerdo, com bloqueio de joelho, claudicação da marcha.

**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 VII "b".**

VII. Segundo previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31° 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 sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

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

Membro Inferior Esquerdo - Intenso - 75%

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



Leonardo Naves  
Médico  
CRM/RS 17143

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210088743

**Cidade:** Recife

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** HUMBERTO FERREIRA DANTAS

**Data do acidente:** 02/11/2020

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta do fêmur esquerdo. Ferimento no 5º dedo da mão esquerda.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho varo, flexão aos 70°, extensão aos 110°, ausência de derrames articulares, presença de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento cirúrgico em 03/11/2020 com desbridamento e lavagem exaustiva, e com colocação de fixador externo em fêmur esquerdo, e sutura do ferimento do 5º dedo da mão esquerda. Em 05/11/2020 realizada nova cirurgia com retirada do fixador, com osteossíntese da fratura com uso de placa bloqueada, 03 parafusos corticais e 07 parafusos de bloqueio, evoluindo sem complicações, com alta hospitalar. Realizada fisioterapia, não comprova data da alta médica.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do membro inferior esquerdo em grau moderado.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 15/04/2021

**Conduta mantida:**

**Observações:** NOTA DO REVISOR: APESAR DA VALORAÇÃO DO EXAMINADOR EM 75% DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, TENDO EM VISTA A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO, O REVISOR OPTOU POR ALTERAR A ESTIMATIVA DA SEQUELA PARA 50% DO MEMBRO INFERIOR.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
<b>Total</b>			<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210088743 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** HUMBERTO FERREIRA DANTAS **Data do acidente:** 02/11/2020 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 07/04/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR ESQUERDO. P5

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.P11

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** %SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210088743

**Cidade:** Recife

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** HUMBERTO FERREIRA DANTAS

**Data do acidente:** 02/11/2020

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 07/04/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTO DO FÊMUR ESQUERDO. P5

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.P11

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0075803/21

**Vítima:** HUMBERTO FERREIRA DANTAS

**CPF:** 327.829.694-04

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 02/11/2020

**Titular do CPF:** HUMBERTO FERREIRA DANTAS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### ALAIDE ELAINE LOPES DE ALBUQUERQUE : 050.419.044-05

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### HUMBERTO FERREIRA DANTAS : 327.829.694-04

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](http://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: 12/03/2021  
Nome: ALAIDE ELAINE LOPES DE ALBUQUERQUE  
CPF: 050.419.044-05

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2021  
Nome: RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA  
CPF: 703.646.014-85

ALAIDE ELAINE LOPES DE ALBUQUERQUE

RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA