

JULIANA MAGALHÃES
ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Alexsandra Gomes da Silva
brasileira, solteira, estagiária, inscrito no RG de n.º 10.066.270 expedido por SDS/PE. CPF de n.º 310.163.654.38, residente e domiciliado na Rua Mucio Latao, nº 501, Cohab, Recife-PE, CEP: 51280341

OUTORGADOS: **JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHÃES**, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o n.º 22.820 e **THIAGO LUIZ CARNEIRO PEDROSA**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE sob o n.º 54.558, ambos com endereço profissional na Av. Gov. Carlos de Lima Cavalcanti, n.º 2795, sala 102, Casa Caiada, Olinda-PE, com endereço eletrônico jm_adv08@hotmail.com / thiagopedrosaadv@gmail.com.

PODERES

Para representá-lo em juízo, conforme cláusula "ad judicium", conferindo-lhe amplos poderes para defendê-lo em qualquer juízo, instância ou Tribunal, outorgando-lhe poderes especiais para requerer, contestar, indicar provas e testemunhas, protestar, executar, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, transigir, firmar acordos e compromissos, desarquivar processos, recorrer, acompanhar andamento de processo, apresentar contrarrazões, requerer e receber Alvará Judicial para dar quitação, pedir à justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica e de valores, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15, podendo ainda substabelecer em parte ou no todo, com ou sem reservas, hipótese em que comunicará aos outorgantes os poderes que ora são outorgados, sempre no interesse dos outorgantes.

DECLARAÇÃO DE POBREZA: declaro, firmado sob as penas das Leis 1060/50, que se encontra em estado de pobreza legal, não podendo arcar com as custas e demais despesas da presente demanda sem prejuízo do próprio sustento e de sua família.

Recife, 09 de Agosto de 2022.

Alexsandra Gomes da Silva
Outorgante



AV. GOV. CARLOS DE LIMA CAVALCANTI,
2795, SALA 102, CASA CAIADA - OLINDA



JM_ADV08@HOTMAIL.COM



81 011 2699 1916 3773

Digitalizado com CamScanner



JULIANA MAGALHÃES
ADVOGADOS ASSOCIADOS

TERMO DE RESPONSABILIDADE

EU, Alexsandra Gomes da Silva,
brasileira, solteira, estagiária, inscrito no RG de nº. 10066270
expedido por SDS/PE, CPF de nº. 710.163.654-38, residente e domiciliado na
Rua Mucio Latao nº501

Declaro para os devidos fins de direito que me responsabilizo por todas as informações, declarações prestadas e documentos apresentados para requerer a Indenização do Seguro Obrigatório DPVAT Judicialmente, visto que fui vítima de um acidente de trânsito, perante qualquer juízo e órgãos municipais, estaduais e federais, de total minha responsabilidade que estou ciente deste ato.

Obs: Esta Declaração é expressão da verdade, pelo qual me responsabilizo civil e criminalmente sob as penas da Lei - Art.299 do Código Penal Brasileiro.

E por estar de acordo com o que aqui foi narrado, firmo o presente em duas vias de igual teor.

RECIFE, 09 de AGOSTO DE 2022

Alexsandra Gomes da Silva

Assinatura



AV. GOV. CARLOS DE LIMA CAVALCANTI,
2796, SALA 102, CASA CARAVA - OLINDA



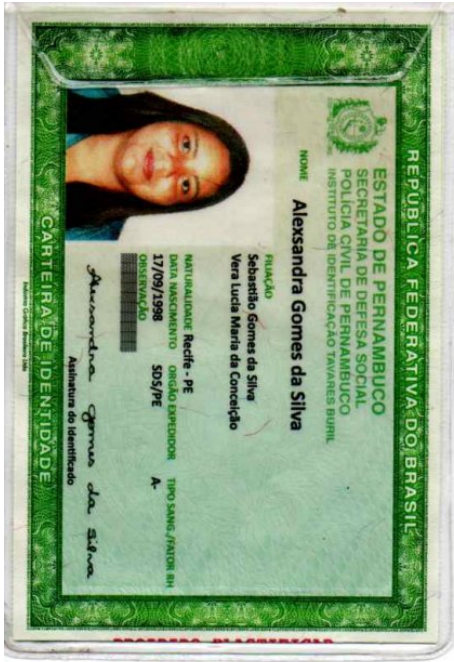
J.M. ADVOCADOS ASSOCIADOS



TEL: 51 3213 2699 / 99136 2723

Digitalizado com CamScanner





FRUÍDIBU FURSTIFUR

LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

REGISTRO GERAL
REGISTRO CIVIL
10.066.270 DATA DE EXPEDIÇÃO **03/03/2022**


CN 143191 Liv 1122 Fls 86-028 Distrito - Santo Antônio Recife - PE 05/10/1998

CPF	710.163.654-38	CTPS		SERIE		UF		Polgar	Direito
T. ELEIÇÃO	94690020809	90666	0120	PE					
REG/PRESER		IDENTIDADE PROFISSIONAL							
CERT. MULTIM									
CNH		CMS	70460758368527						

Thiago Luiz Carneiro Pedrosa

EC-09

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL




BENEFICIÁRIO : NU PAGAMENTOS S/A
Rua Capote Valente 39 , Pinheiros 05409000 - São Paulo - SP

Nome do Beneficiário NU PAGAMENTOS S/A	CNPJ/CPF 18236120000158	Data de Vencimento 08/09/2022	Valor Cobrado 100,00
Agência / Código do Beneficiário ---	Nosso Número 153616676908901044	Autenticação Mecânica	

					260-7		26091.53610 66769.089013 04400.000008 1 91020000010000				
Local de Pagamento Em qualquer banco até o vencimento						Vencimento 08/09/2022					
Beneficiário NU PAGAMENTOS S/A				CNPJ/CPF 18236120000158		Agência / Código do Beneficiário ---					
Data do Documento 09/08/2022		Nº do Documento 15361667690890104		Espécie Doc. DV	Acerto N	Data de Processamento 09/08/2022		Nosso Número / Cód. do Documento 153616676908901044			
Uso do Banco		Carteira 00	Espécie Moeda R\$	Quantidade Moeda		Valor Moeda	(*) Valor do Documento 100,00				
Instruções Sr. Caixa: 1) Não aceitar pagamento em cheque; 2) Não aceitar mais de um pagamento com o mesmo boleto; 3) Em caso de vencimento no fim de semana ou feriado, aceitar o pagamento até o primeiro dia útil após o vencimento.						(-) Desconto / Abatimento 0,00					
						(-) Outras Deduções 0,00					
						(+) Mora / Multa 0,00					
						(+) Outros Acréscimos 0,00					
Beneficiário NU PAGAMENTOS S/A Rua Capote Valente 39 , Pinheiros 05409000 - São Paulo - SP						(*) Valor Cobrado 100,00					
Pagador Alexsandra Gomes da Silva 1ª Travessa Múcio Catão 501 51280341 - COHAB - Recife PE						71016365438					
						Código de Barra					





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 019ª CIRCUNSCRIÇÃO - PRAZERES - DP19ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **22E0109007437**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/09/2022** às **12:34**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **21/1/2020** às **07:00**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR 101, 1** - Bairro: **PRAZERES - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **54000000** - Ponto de Referência: **PROXIMO A COCA-COLA**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ALEXSANDRA GOMES DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

ALEXSANDRA GOMES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **VERA LUCIA MARIA DA CONCEICAO** Pai: **SEBASTIAO GOMES DA SILVA** Data de Nascimento: **17/9/1998** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10066270/SDS/PE (RG), 71016365438 (CPF)** Profissão: **ESTAGIARIO(A)** Telefones Celulares: **- 993592009**

Endereço Residencial: **RUA MUCIO CATAO, 501 - CEP: 55000-000 - Bairro: COHAB - RECIFE/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): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a):

DESCONHECIDO

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

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Seguro/Apolice: **INDEFINIDO**

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE NA MANHÃ DO DIA 21/01/2020 SOFREU UM ACIDENTE DO TIPO ATROPELAMENTO



ONDE VEIO A SER ATROPELADA POR UM MOTOCICLISTA QUE TRANSITAVA NO ACOSTAMENTO. RELATA QUE O MOTOCICLISTA AO LHE ATROPELAR CAIU DA MOTOCICLETA E LOGO EM SEGUIDA SE LEVANTOU E FOI EMBORA. QUE FOI ASSISTIDA POR POPULARES QUE ACIONARAM O CORPO DE BOMBEIROS QUE REALIZARAM OS PRIMEIROS SOCORROS NO LOCAL E ENCAMINHARAM A VITIMA A UPA DE LAGOA ENCANTADA SENDO EM SEGUIDA TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL GETÚLIO VARGAS ONDE PASSOU POR CIRURGIA NO PUNHO ESQUERDO CONFORME DOCUMENTAÇÃO ORA APRESENTADA.

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

Alexsandra gomes da Silva

**ALEXSANDRA GOMES DA SILVA
(VITIMA)**



B.O. registrado por: **RUDNEY ANIZIO DOS SANTOS** - Matrícula: **350821-8**
(Liberado em **08/09/2022** às **12:53**)

08/09/2022 12:50



Nome: ALEXSANDRA GOMES DA SILVA **Nº registro:** 201972
Dt. Nasc.: 17/09/98 - 21 ano (s) **Sexo:** Feminino
Mãe: VERA LUCIA MARIA DA CONCEICAO **Fone:** 81993592009
Endereço: R VALE DO ITAJAÍ, nº 1, COHAB. RECIFE - PE
Data/hora: 21/01/2020 - 07:31 **Nº pág.:** 1/1

RESUMO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

SENHA: BS001

21/01/2020 - TAISA MARIA

Classificação de Risco: URGÊNCIA - AMARELO
Especialidade: ORTOPEDIA
Encaminhado Para: CONSULTÓRIO - ORTOPEDIA

ANAMNESE ENFERMAGEM

ALERGIA: NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:

- ACIDENTE DE TRÂNSITO - Acidente de Trabalho

- Ferimento - Queda

PACIENTE COM PRESENÇA DE ESCORIAÇÕES EM MMII, COM QUEIXA DE DOR EM PUNHO ESQUERDO APOS ATROPELAMENTO POR MOTO ÀS 07h.
NEGA VOMITOS E DESMAIO.

EXAME FÍSICO:

PA: **151 x 92** mmHg | Temperatura:
HGT: | Sat O2: | FC: **91** Bpm | Peso: | Altura:

OBSERVAÇÕES:

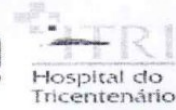
Dr.ª TAISA MARIA DE LIMA RODRIGUES
COREN : 311928

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: TAISA MARIA DE LIMA RODRIGUES. Data e Hora: 21/01/2020 18:07:20.

HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO - UPA IBURA

Rua Vale do Itajai, s/n - Lagoa Encantada - Ibura - Recife/PE - CEP: 51.320-180
CNPJ: 10.583.920.0002-14 | Fones (081) 3184-4595 / 3184-4616 | www.upaibura.org.br





Nome: ALEXSANDRA GOMES DA SILVA
Dt. Nasc.: 17/09/98 - 21 ano (s)
Mãe: VERA LUCIA MARIA DA CONCEICAO
Endereço: R VALE DO ITAJAÍ, nº 1, COHAB. RECIFE - PE
Data/hora: 21/01/2020 - 08:29

Nº registro: 201972
Sexo: Feminino
Fone: 81993592009
Nº pág.: 1/1

CONSULTA ORTOPÉDICA

Anamnese Médica / Evolução Clínica:

PACIENTE COM PRESENÇA DE ESCORIAÇÕES EM MMT, COM QUEIXA DE DOR EM PUNHO ESQUERDO APOS ATROPELAMENTO POR MOTO ÀS 07H. NEGA VOMITOS E DESMAIO.

Exame Físico:

DOR PUNHO E E PE E

Resultados de Exames:

FRAT RADIO DISTAL

Conduta:

INDICO CIRURGIA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Óbito: Não

Dr. THIAGO OLIVEIRA DE ALMEIDA
CRM: 16462

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Número do profissional: THIAGO OLIVEIRA DE ALMEIDA. CRM: 16462. Data e Hora: 21/01/2020 08:46:41.

HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO - UPA IBURA

Rua Vale do Itajai, s/n - Lagoa Encantada - Ibura - Recife/PE - CEP: 51.320-180
CNPJ: 10.583.920.0002-14 | Fones (081) 3184-4395 / 3184-4616 | www.upaibura.org.br



Nome:	ALEXSANDRA GOMES DA SILVA	Nº registro:	201972
Dt. Nasc.:	17/09/98 - 21 ano (s)	Sexo:	Feminino
Mãe:	VERA LUCIA MARIA DA CONCEICAO	Fone:	81993592009
Endereço:	R VALE DO ITAJAÍ, nº 1, COHAB. RECIFE - PE	Nº pág.:	1/1
Data/hora:	21/01/2020 - 10:36		

SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE / REMOÇÃO DE PACIENTE

Funcionário Requisitante / Função: YARA TALYTA
Hora da Solicitação: 21/01/2020 08:47 Hora da Transferência: 21/01/2020 10:00

Especialidade Solicitante: Ortopedia

Especialidade Encaminhada: Outros

Causa: Outros

Transporte: Veículo Proprio - Médico presente: NÃO

Equipe: ATU POR DR THIAGO

Hipótese Diagnóstica (Motivo): FRATURA DE RADIO.

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: Hospital Getúlio Vargas
Motivo: FRATURA DE RADIO.
Senha: 5865194

Dr.^a YARA TALYTA ARAUJO DE SOUZA SILVA
COREN: 11842

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: YARA TALYTA ARAUJO DE SOUZA SILVA. Data e Hora: 16/02/2020 15:14:11.

HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO - UPA IBURA
Rua Vale do Itajai, s/n - Lagoa Encantada - Ibura - Recife/PE - CEP: 51.320-180
CNPJ: 10.583.920.0002-14 | Fones (081) 3184-4595 / 3184-4616 | www.upaibura.org.br



50

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: ALEXSANDRA GOMES DA SILVA

1. Ocorrência da Emergência: 820588

1.1 - Atendimento em: 21/01/2020

1.2 - Às 10 horas e 53 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1141935

2.1 - Internado em : 21/01/2020

2.2 - Alta em : 23/01/2020

3. Hipótese Diagnóstica: - FRATURA FECHADA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

4. Tratamento: - REDUÇÃO INCRUENTA + APOSIÇÃO DE 03 FIOS K 1,5 MM (21/01/2020).

5. Observação: PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO.

AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE DOCUMENTO FORAM TRANSCRITAS NA ÍNTEGRA DA FICHA E/OU PRONTUÁRIO DO PACIENTE.

DATA: 22.2.2021
HORA: 15:09:15
PASTA: 01.02.2021
FL
LP

Dr. Fábio L. F. da Fonte
Cir. Geral e do
Aparelho Digestivo
CRM 12519 - Mat. 209511-4

Dr. Fábio Luna.





**HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
EMERGÊNCIA**



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 820588

Prontuário: 0001141935

Nome: ALEXSANDRA GOMES DA SILVA

Data Nasc.: 17/09/1998

Idade: 21

Sexo: FEMININO

CPF:

RG: 10066270

CNS:

Endereço: RUA TAQUARAL

Nº 9

Bairro: ZUMBI DO PACHECO

Cidade: JABOATAO DOS
GUARARAPES

CEP: 54230575

Estado: PERNAMBUCO

Telefone: 91537135

Nome da Mãe: VERA LUCIA MARIA DA CONCEICAO

Acompanhante: ESPOSO (A)

Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: SENHA 5865194 * PCIENTE REFERE OR + LIMITACOES DE MOVIMENTOS EM MSESE MIESQ APOS QUEDA DE MOTO

2 - ATENDIMENTO

Data: 21/01/2020

Hora: 10:53

Queixa Principal/HDA

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO HÁ 4 HORAS COM DOR + DEFORMIDADE EM PUNHO ESQUERDO, NEGA TCE, NEGA VOMTIOS, NEGA DESMAIO

Ória do Trauma

Perda da Consciência:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Episódio Emético:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Acidente de Trabalho:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
Acidente de Trânsito:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Tipo:			
Colisão:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Tipo:	Motorista <input type="radio"/>	Passageiro <input type="radio"/>	
Atropelamento:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Local de Impacto:			
Vítima de Ferimento:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Tipo:	Sofreu Queda:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	
Queimadura:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Por:	Transporte Realizado por:		
Condições de imobilização adequadas:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Por que:			

Exame Físico:

A: Geral	Via aérea está pérvia:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	O paciente fala:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Temp.:
EGB, CONSCIENTE, ATIVA, EUPNEICA, HIDRATADA, NORMOCORADA, DOR + DEFORMIDADE EM PUNHO ESQUERDO					
B: Respiratório:					
Circulatório	PA:	Pulso:			
D: Exames Neurológico	Deficiência Motora:	MSD <input type="checkbox"/>	MSE <input type="checkbox"/>	MID <input type="checkbox"/>	MIE <input type="checkbox"/>
Glasgow: Abertura ocular	Glasgow: Resposta Verbal	Pupilas: Isocóricas <input type="radio"/> Anisocóricas <input type="radio"/>			
Score: Hora:	Score: Hora:	Glasgow: Resposta Motora			
E: Abdomen					
Diagnóstico Inicial: FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO					
Exames/ Conduta: TRATAMENTO CIRURGICO DE URGENCIA - AO BLOCO CIRURGICO					
Definição do Caso:					
Internamento <input type="radio"/>	Cirurgia <input checked="" type="radio"/>	Óbito <input type="radio"/>	Termo de Alta <input type="radio"/>	Evadiu-se <input type="radio"/>	Alta <input type="radio"/>

Dr. Luiz Moraes
Ortopedia/Traumatologia
CRM 13773

LUIZ FERNANDO CARDOSO DE MORAES - CRM: Nº.13773

Médico



Nome: ALEXSANDRA GOMES DA SILVA **Nº registro:** 201972
Dt. Nasc.: 17/09/98 - 21 ano (s) **Sexo:** Feminino
Mãe: VERA LUCIA MARIA DA CONCEICAO **Fone:** 81993592009
Endereço: R VALE DO ITAJAÍ, nº 1, COHAB. RECIFE - PE
Data/hora: 21/01/2020 - 08:47 **Nº pág.:** 1/1

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: FRATURA RADIO DISTAL E

EXAME FÍSICO:

PA: x mmHg | Temperatura: °
HGT: mg/dL | Sat O2: % | FC: Bpm | Peso: | Altura:

CONDUTA: INDICO CIRURGIA

EXAMES COMPLEMENTARES/RESULTADOS: RX

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: S525 - Fratura da extremidade distal do rádio | Fratura de

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:
Transferência encaminhado para: Hospital Getúlio Vargas
Motivo: Tratamento Cirúrgico
Senha: 5865194

ESPECIALIDADE:
Transporte: Ambulância Unidade
Transferência Cancelada? NÃO


Dr. THIAGO OLIVEIRA DE ALMEIDA
CRM:16462

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: THIAGO OLIVEIRA DE ALMEIDA. CRM: 16462. Data e Hora: 21/01/2020 08:48:40.

HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO - UPA IBURA
Rua Vale do Itajai, s/n - Lagoa Encantada - Ibura - Recife/PE - CEP: 51.320-180
CNPJ: 10.583.920.0002-14 | Fones (081) 3184-4595 / 3184-4616 | www.upaibura.org.br



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 21/01/2020 10:43

Nome Paciente:	ALEXSANDRA GOMES DA SILVA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	17/09/1998
Sexo:	Feminino
Idade:	21
Senha:	E0015
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Período: 21/01/2020 10:44 - 21/01/2020 10:44

MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor: AMARELO

Queixa Principal: HISTORIA DE QUEDA DE MOTO HA 1 DIA, EVOLUI COM DOR + LIMITAÇÕES DE MOVIMENTOS EM MSESQ E MIESQ
NEGA DM HAS ALERGIAS

Observação: SENHA 5865194

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 5

Acolhido(a) por: MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 21/01/2020 10:44

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome: ALEXSANDRA GOMES DA SILVA
Registro: 1141935
Data da Cirurgia: 21/01/2020
Operador: DR MUCIO LEONCIO
1º auxiliar: DR. EMMANUEL MR1
Anestesista: O PLANTONISTA

Diagnostico Pré operatório: FRATURA FECHADA DE RADIO DISTAL DIREITO
Procedimento: redução incruenta + aposição de 03 fios k 1,5mm

ESQ. D. MR1

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia;
- 2) Assepsia + antissepsia;
- 3) Aposição de campos operatórios estéreis; *Exquer*
- 4) Observado edema e deformidade em punho direito;
- 5) Realizado redução incruenta + aposição de 03 fios K 1,5 cruzados
- 6) Confirmado redução sob radioscopia
- 7) Curativo estéril;
- 8) Aposição de tala axilopalmar em **MSD**;
- 9) Boa perfusão distal ao final do procedimento.

Emmanuel Costa
Dr. Emmanuel Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 27967





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM
HOSPITAL GETULIO VARGAS

Usuario da Internação
THIAGO BM



820602

SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº Atendimento: 820602	Nº AIH: _____
Nome: ALEXSANDRA GOMES DA SILVA		Prontuário: 1141935	
Data Nasc.: 17/09/1998	Idade: 21	Sexo: FEMININO	Cor: PARDA
CPF: _____	RG: 10066270	CNS: _____	Religião: _____
Endereço: RUA TAQUARAL		Nº: 9	
Bairro: ZUMBI DO PACHECO	Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES		Estado: PE
CEP: 54230575	Fone: 91537135	Profissão: _____	
Nome da Mãe: VERA LUCIA MARIA DA CONCEICAO			
Nome do Conjuge: _____			
Nome: _____			
Parentesco: _____		RG: _____	Fone: 91537135

2 - INTERNAR PARA	
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	Prestador: 1
Unidade de Internação: _____	Leito: SR 77
Diagnóstico Inicial (Constante do Laudo Médico): _____	
Procedimento Solicitado: _____	CÓD.: _____
Procedimento Realizado: _____	CÓD.: _____
CID: _____	

COD	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRICULA
1.	Cirurgião		
2.	1º Auxílio Cirúrgico		
3.	2º Auxílio Cirúrgico		
4.	3º Auxílio Cirúrgico		
5.	Demais Auxílio Cirúrgico		
6.	Anestesista		
7.	Clínico		
8.	Neonatologista		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS			
<input type="checkbox"/>	MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	<input type="checkbox"/>	USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO
<input type="checkbox"/>	DIÁRIA DE UTI	<input type="checkbox"/>	USO DE OXIGÊNIO
<input type="checkbox"/>	DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/>	NUTRIÇÃO PARENTERAL
<input type="checkbox"/>	USO DE ÓRTESE E PRÓTESE	<input type="checkbox"/>	_____

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: _____	CID: _____	CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO: _____
---	------------	------------------------------------

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO
MOTIVO DA ALTA
DATA DA INTERNAÇÃO: _____ DATA DA ALTA: ____/____/____ DIAS DE INTERNAÇÃO: _____
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente.





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, 04 de Outubro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220048039

Vítima: ALEXSANDRA GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 21/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Procurador: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALEXSANDRA GOMES DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Recebedor: **ALEXSANDRA GOMES DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **341**

Agência: **000005196**

Conta: **0000028103-3**

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

