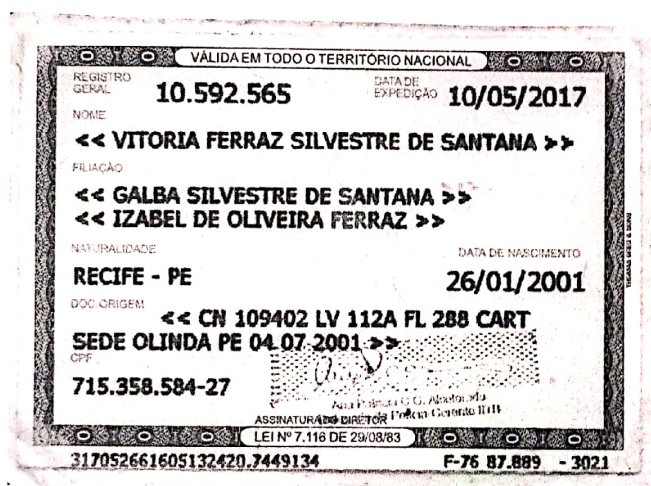






**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 025ª CIRCUNSCRIÇÃO - PEIXINHOS - DP25ªCIRC DIM/7ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0115001504

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/07/2020** às **09:44**

Complementa o BO Número: **20E0115000582**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **24/11/2019** às **05:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA GIBRALTAR, 1 - Bairro: AGUAS COMPRIDAS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 55000-000**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO HOUVE (AUTOR / AGENTE)
DEYVID BEZERRA DA SILVA (OUTRO)
DOUGLAS (OUTRO)
VITORIA FERRAZ SILVESTRE DE SANTANA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

VITORIA FERRAZ SILVESTRE DE SANTANA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: IZABEL DE OLIVEIRA FERRAZ Pai: GALBA SILVESTRE DE SANTANA Data de Nascimento: 26/1/2001 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10592565/SDS/PE (RG). 71535858427 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE Telefones Celulares: - 983918777

Endereço Residencial: **RUA QUINZE DE OUTUBRO, 58 - CEP: 55000-000 - Bairro: AGUAS COMPRIDAS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DEYVID BEZERRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

NAO HOUVE (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL



tim de Ocorrência

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DOUGLAS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DOUGLAS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade **0,0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PED5402 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2016**

Complemento / Observação

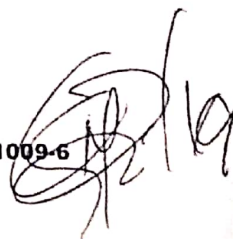
NOTICIOU A VÍTIMA QUE TRANSITAVA DE MOTO , A QUAL ERA CONDUZIDA POR DOUGLAS , SEU AMIGO , PELA RUA GIBRALTAR / AGUAS COMPRIDAS , EM DIREÇÃO A SUA RESIDÊNCIA . QUE NESTE TRAJETO , A MOTO NA QUAL ESTAVA , NA GARUPA , COLIDIU COM UM PORCO . QUE APÓS O CHOQUE , A MOTO E OS TRIPULANTES CAIRAM NO ASFALTO . QUE PESSOA QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE CHAMARAM O SAMU . QUE UMA EQUIPE ESTEVE NO LOCAL E CONDUZIU A VÍTIMA PARA UPA DE OLINDA , POSTERIORMENTE , DEVIDO A GRAVIDADE DA LESÃO , REMANEJADA PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES .

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

Vitoria Ferraz

VITORIA FERRAZ SILVESTRE DE SANTANA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MAURICIO GONÇALVES DA SILVA** - Matrícula: **221009-6**
(Liberado em **17/07/2020** às **09:45**)



Protocolo de Encaminhamento

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA 5823715

Nome do Paciente: _____ IDENTIFICAÇÃO _____ Idade: 18
Sexo: M () F (X) Profissão: _____ Fone: _____
Endereço Residencial: _____ Bairro: _____
Cidade: Olinda - PE

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto S () N ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Queda de moto hoje

Hipótese Diagnóstica: Fratura exposta de perna (Alcornoque) + lesão extensa em pele D

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ x
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Colocação da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

Atendimento: 505300
Data e Hora: 24/11/2019 08:46
Senha da Classificação:
0014
Paciente: 131629 VITORIA FERRAZ SILVESTRE DE SANTANA Sexo: FEMININO
Nome Social:
Data do Nascimento: 26/01/2001 Idade: 18 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
Nome da Mãe: IZABEL DE OLIVEIRA FERRAZ
Nome do Pai: GALBA SILVESTRE DE SANTANA
Estado Civil: SOLTEIRO
Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA
CRM: 12346
Endereço: RUA GIBRALTAR
--
12
Bairro: ALTO DA BONDADE
Cidade/UF: OLINDA
PE
Usuário Atendimento: JOSAFAXA
Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes
Data Entrada Brasil:
Nacionalidade: BRASILEIRA
Nr Documento Estrangeiro:
Observação:
RESUMO DE TRATAMENTO
Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____
Queixa Principal

DOLORES VÍTIMA DE ACERCA O EMO
COM TENDÃO EM SOELHO DO
MEMBRAS E COMBARRAS

Exame Físico

CONSULTA ORIENTADA LUMINOSA
E SUEL

Hipótese Diagnóstico

TENDÃO EXTENSO EM SOELHO DO

Prescrição Médica

GAT/VAT IM

- IEFALOTINA 1g. 4x24h

- DILATONA 100mg

- TIANADOL 50g 2x120ml

Assinatura e Carimbo/Médico

Dr. Ian Lacerda
CRM-PE 25510

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência
() Transferido: Para _____
() Encaminhado ao setor de internação
Senha: _____

Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	VITORIA FERRAZ SILVESTRE DE SANTANA			6 - Nº Prontuário	131629
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
200737021900003	26/01/2001	☒ Masculino ☐ Feminino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	IZABEL DE OLIVEIRA FERRAZ			12 - Telefone de Contato	8198418614
13 - Nome Responsável	WILLIAMS ARMANDO			14 - Telefone de Contato	984186143
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA GIBRALTAR, 12 - ALTO DA BONDADE				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
OLINDA	260960	PE	53170620		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos	F. NTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO DIREITO				
21 - Condições que justificam a internação	CITADAS ACIMA				
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	ANAMNESE + EXAME FÍSICO				
23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas		
FERIMENTO DO JOELHO D	S810	W199 V29.9			

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA	0415020069		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	980016278437533
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
SORMANE DE CARVALHO BRITTO	24/11/2019	Dr. Ian Lacerda CRM-PB 9824 CRM-PF 23590	16339

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	
	Dr. Francisco Couto Traumatologia - Ortopedia Cirurgião do Joelho CRM: 13246 TEOT 7447	

AIH
261910222903-0

Código do Laudo: 505300

Digitalizado com CamScanner

FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **505301**

Usuário: JOSAFAXA

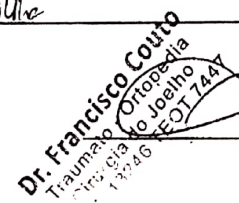
DADOS DO PACIENTE

Paciente: VITORIA FERRAZ SILVESTRE DE SANTANA		Prontuário: 131629
Idade: 18a 9m 28d	Sexo: F	Data de Nascimento: 26/01/2001
Profissão:	Estado Civil: SOLTEIRO	
R.G.: 10592565	Escolaridade:	CEP 53170620
C.P.F.: 71535858427	Telefone: 984186143	- OLINDA - PE
Endereço: RUA GIBRALTAR	, 12 - ALTO DA BONDADE	
Dados da Internação		
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA	Data e Hora da Internação: 24/11/2019 08:51	
Convênio: SUS - INTERNACAO	Plano: GERAL	
Unidade Internação: VERMELHA - EMERGEI	Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA	Leito: VERMELHO - EXTRA 011
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEdia		

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Endereço:	Numero:	EATUBADO 05/12/19 CLAUDEVAN SOUSA FATÓRISTA
Telefone:	Cidade:	Estado civil:

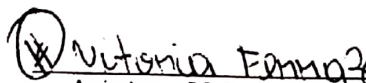
DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: <u>25/11/19</u>	Hora da Alta: _____
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão	
Condições de Alta: <u>Melhorado</u>	
Diagnóstico Principal.....: <u>Fratura exposta do joelho</u>	
Diagnóstico Secundário01.: _____	
Diagnóstico Secundário02.: _____	
Procedimento.....: <u>Sutura</u>	
	
Médico e CRM:	
Responsável pela retirada do paciente	Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em 24 de Novembro de 2019


Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: VERÔNICA FERNANDA S. SANTANA REG: 131629
IDADE: _____ SEXO: _____ DATA DA ADMISSÃO 24/11 DATA DA ALTA 27/1/19
DIAGNÓSTICO: FRATURAS EXTENSAS DO Membro Superior Direito (S)

TRATAMENTO REALIZADO:

Limpeza cirúrgica + Drenagem

ORIENTAÇÃO:

- CURATIVO DIÁRIO

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (☒) NÃO (☐) 15 DIAS

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

Dr. Francisco Couto
Traumato - Ortopedia
Cirurgia do Joelho
CRM: 13246 TEQT 7447

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

ESTA CONTA SERÁ PAGA PELO SUS





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, 28 de Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200356533

Vítima: Vitoria Ferraz Silvestre de Santana

Data do Acidente: 24/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VITORIA FERRAZ SILVESTRE DE SANTANA

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\$ 843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **Vitoria Ferraz Silvestre de Santana**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000000651**

Conta: **000873244828-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00411/00412 - carta_30 - INVALIDEZ

