



Número: **0086557-89.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 28ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **13/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.312,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS (AUTOR)		RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)			
PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57064 647	28/01/2020 16:56	2687038_CONTESTACAO_02	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 28ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00865578920198172001

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **26/07/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 05/11/2019.

Cumpra esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 05/11/2019 após 04 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 26/07/2019, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante **CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR** da presente lide o que causa grande espanto!

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;



Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **26/07/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**.

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUEVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez."



Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e seqüela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.



Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 17 de janeiro de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando o vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma seqüela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de seqüelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.



TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS**, em curso perante a **28ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00865578920198172001.

Rio de Janeiro, 17 de janeiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO - OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





Número: **0086557-89.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 28ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **13/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.312,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS (AUTOR)		RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)			
PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57064 649	28/01/2020 16:56	ANEXO 1	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190639209

Vítima: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 26/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15114114

Pag. 00615/00616 - carta_01 - INVALIDEZ

00020308





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 Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190639209

Vítima: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 26/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS

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: **JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS**

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

Banco: **104**

Agência: **000001038**

Conta: **0000052368-4**

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





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -
DP128CIRC DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0218004117**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/11/2019** às **15:39**

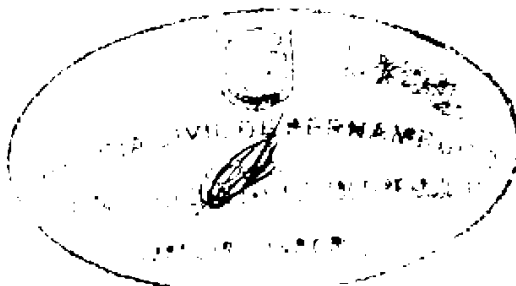
ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **26/7/2019** às **23:20**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, RUA JOSE FRANCISCO, BAIRRO NOVO - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO /BRASIL**

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR - AGENTE)
JOSE ADEGILSON SERAFIM DA SILVA (OUTRO)
JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS

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

JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: **DAMIANA DOS SANTOS** Pai: **JOSEMIR SERAFIM DA SILVA** Data de Nascimento: **28/7/1996** Nacionalidade: **BARREIROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10160003/SDS/PE (RG), 13178194480 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **COSTUREIRO(A)** Telefones Celulares: **994686178**

Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, RUA MARIA EULALIA BARBOSA DE LIRA, 160, DONA LICA II, - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, VIA PUBLICA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**



JOSE ADEGILSON SERAFIM DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Nalrmandade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO Motivo da Viagem: DESCONHECIDO
Endereço Residência: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE ADEGILSON SERAFIM DA SILVA** que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KLF0118** (PERNAMBUCO SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE) Renavam: **982877870** Class: **9C2KC08508R105860**
Ano Fabricação/Modelo: **2008-2009** Combustível: **GASOLINA**

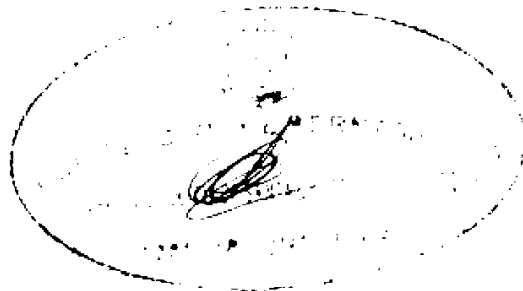
Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE NO DIA 26 DE JULHO DE 2019, POR VOLTA DAS 23:20 HORAS, SE ENCONTRAVA PILOTANDO A SUA MOTOCICLETA, COM DESTINO A SUA RESIDENCIA, SENDO QUE AO PASSAR NAS PROXIMIDADES DO BAR DO ARRUMADINHO, SE ASSUSTOU E PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIU FICANDO FERIDA NO PUNHO DA MAO ESQUERDA, SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA A UPD DESTA CIDADE. DIANTE DO FATO EXPOSTO, SOLICITA AS DEVIDAS PROVIDENCIAS.

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

Joseane Serafim Santos
JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS
(VITIMA)

Almir Pereira Barbosa
B.O. registrado por: **ALMIR PEREIRA BARBOSA** - Matrícula: **3848779**





PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPL DE SAÚDE
SAMU SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins em atenção ao pedido do (a) JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS, CPF 131.781.944-60 RG-10.160.003 SDS/PE que consta nos registros de ocorrências do **SAMU REGIONAL AGRESTE**, atendimento realizado por este serviço a mesma com **ID-0496, REG- 24.792**, no dia 26 de julho de 2019, às 23:00H e 23min. Na rua Jose Francisco-bairro novo, com queixa de queda de moto, tendo sido enviada pela **UNIDADE DE SUPORTE BASICO (USB)** que prestou atendimento a vítima no local transportando-o para UPA 24h.

De acordo com o registro de informações do SAMU foram realizados no (a) paciente os seguintes procedimentos: avaliação da equipe plantonista, protocolo de trauma, verificação de sinais, AVP e remoção.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 24 DE SETEMBRO 2019

MARIA LENICE CORDEIRO DA SILVA
COORDENADORA

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE – BASE SANTA
CRUZ DO CAPIBARIBE em 27/09/2019.



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01038

CONTA: 000000052368-4

Nr. da Autenticação 2D253AC2025ECBAA



CELPE

Nota Fiscal de Energia Elétrica - Conta de Energia Elétrica
Emissão em 15/10/2019
Valor da Nota Fiscal: R\$ 53,62

DADOS DO CLIENTE

Nº DE IDENTIFICAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO
DE RESIDENTIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL

SÉRIE

EMISSÃO

APRESENTAÇÃO

Nº DO CLIENTE

Nº DA INSTALAÇÃO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CONTA CONTA Nº 7008475460 MÊS 10/2019

DATA DE VIGÊNCIA 15/10/2019 DATA DE VIGÊNCIA 08/11/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 53,62

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREFE (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo de energia elétrica	10000000	10000000	47,60
Adesão em Bandas Amarelas			0,00
Adesão em Bandas Vermelhas			0,67
Consumo de energia elétrica			0,00
Adesão em Bandas Amarelas			0,00

TOTAL DA FATURA

53,62

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
13029071	041	05/07/2019	1111	08/10/2019	1112	27	10000		59,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Consumo de energia elétrica 47,60 kWh
Adesão em Bandas Vermelhas 0,67 kWh
Total 48,27 kWh



Para mais esclarecimentos, acesse o site: <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

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 a 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**!

Superintendência de Seguros Privados - SUSEP é órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, previdência privada aberta, capitalização e resseguros.

o Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF é órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade principal a fiscalização administrativa, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas no Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu, ANTÔNIO YVES DE MELLO JUNIOR inscrito (a) no CPF sob o Nº 034.123.944-00, declaro na qualidade de segurador (a) / intermediário (a) do Beneficiário ANTÔNIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR inscrito (a) no CPF sob o Nº 034.123.944-00 do sinistro de DPVAT, cobertura 100% (100%) da vítima ANTÔNIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR inscrito (a) no CPF sob o Nº 034.123.944-00, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios.

(x) Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de responsabilidade a Seguradora LIDER-DPVAT, ter lido 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: _____		Nome: _____	Comprovação: _____
Rua: _____	Cidade: _____	Estado: _____	CPF: _____
Fone: _____		Telefone celular (DDD): _____	Telefone casa (DDD): _____

ANTÔNIO YVES DE MELLO JUNIOR
Data e Hora

ANTÔNIO YVES DE MELLO JUNIOR
Assinatura do Segurador



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o (a) Sr (a) **JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS** nascido em **28/07/1996** esteve nesta unidade hospitalar no dia **27/07/2019** por volta das **00h13min**. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 30 de OUTUBRO de 2019.

ATENCIOSAMENTE!

José Ademir Pereira
Diretor
Unidade de Pronto Atendimento UPA 24h
MAT. 514591

JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043



Seu Atendimento



FICHA DE ATENDIMENTO

Nome: Adriana Data: 17/07/2019 Hora: 10:13 min
 Endereço: Av. Moraes Sarrafim da Silva Nº do Prontuário: _____
 Idade: 22 Nascimento: 02/07/97 Nº SUS _____
 Profissão: _____ Fone: () _____
 Bairro: Edson Queiroz
 Acompanhante: () Sim Não () Nome: _____
 Profissão: Desempregada
 Endereço: Av. Moraes Sarrafim da Silva

Atendimento: () Técnico de enfermagem Horário: _____ : _____ min
 T: _____ HGT: _____ FC: _____ FR: _____ SaO2% _____

Atendimento: () Enfermeiro Horário: _____ : _____ min
 Medicamentos: _____
 Sinais vitais: _____
 Observações: _____

CLASSIFICAR COMO VERMELHO:

Apneia (); Cianose (); Estridor (); PC < 50 > 140 (); FR > 32vpm (); Extremidades frias (); Pulso fraco ()
 Estado anorético (); Sudorese (); PAS < 80 mmHg (); PAD > 130 mmHg (); Letargia (); Convulsionando ();
 Inesponsivo ou só resposta a dor (); Intoxicação exógena (); Sangramento intenso (); Lesão grave ()
 ceteratratras > 25% de SC ou acometimento de vias aéreas (); Hipoglicemia com sudorese intensa ()

CÓPIA AUTORIZADA

CLASSIFICAR COMO AMARELO:

Tempo de internação com Glasgow entre 13 e 16 (); FC < 50 ou > 140 (); PAS < 90 ou > 190 mmHg (); PAD > 130 ()
 e > 39°C (); Febre com imunodepressão (); Convulsão nas últimas 24h (); mucosas ressecadas ()
 de 1ª e 3ª graus em áreas não críticas (); Abuso sexual (); Dor abdominal ou torácica intensa ();
 de luxações e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa (); historia até 72h de:
 Hematêmese (); enterorragia (); epistaxe (); Acidente perfuro/cortante c/ mat biológico ();



CLASSIFICAR COMO VERDE:

Idoso com queixas (); TCC > 200 mmHg com consciência (); Febre sem outros sinais clínicos (); Lombalgia intensa (); Retorno com >24h (); Entorpecimento de fraturas, luxações (); Dor abdominal sem alterações de SSVV (); PAS entre 160 a 190mmHg sem sintomas (); PAD entre 110 e 130mmHg sem sintomas (); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia ()

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AZUL:

Queixas crônicas sem alterações agudas (); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal (); Coriza crônica ou recorrente (); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h (); Curativos ou ret. de pontos (); Vômitos ou diarreia sem desidratação (); Hemorragia gastrointestinal sem outros sintomas (); Administração de medicamentos (); Solicitação de exames de urgência ou exames não urgentes ()

OBS: _____

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHO AMARELO VERDE AZUL

ENCAMINHADO: _____ ASS. E CARIMBO: _____

ORIENTAÇÃO ASSISTENCIAL: _____

MEDICO:

Histórico do paciente: *paciente em tratamento com 23/10 de 2019
após cirurgia de emergência em razão de trauma por queda
de altura, episódio de hematúria por trauma em 23/10, sem
falta de resposta ao tratamento.*

Exame Físico: _____

Hipótese diagnóstica: *hematúria de origem*

Conduta: *paciente em tratamento com 23/10 de 2019*

paciente em tratamento com 23/10 de 2019

paciente em tratamento com 23/10 de 2019

ASS. E CARIMBO



Data da internação: 27/07/2019 Hora: 18:19:18

SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES
2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES
2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS

6 - N° DO PRONTUÁRIO
1953541

7 - CARTÃO DO SUS
898000107879389

8 - DATA DE NASCIMENTO
28/07/1996

9 - SEXO
Masc Fem

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
DAMIANA DOS SANTOS

11 - TELEFONE DE CONTATO
83 991589817

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)
RUA DR SEBASTIAO PEDROSA, 79, CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Barra de São Miguel

14 - LOCALIDADE MUNICÍPIO - UF - CEP
250170 PB 58483000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Passante vítima de acidente de moto com trauma no pé direito com dor e deformidade de

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

necessidade de cirurgia

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame físico +/- Rax - X

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura distal do pé direito

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO
02

28 - DOCUMENTO
(X) CNS () CPF

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
980016296973832

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
JOSE RENNA GOMES DA SILVA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
27/07/2019

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - ENAE DA EMPRESA

41 - CIOR

35 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

//





LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS

Data da Internação: 27/07/2019 Data da Alta: 10/08/2019

Registro: 1953541

Tempo de Permanência: -18105

Diagnóstico Inicial: *Fratura distal do rádio*

Diagnóstico Final: *Fratura distal do rádio*

Principais Exames: RADIOGRAFIA

Cirurgia: RAFI Data: 09/08/2019

Equipe:

Cirurgião: RICARDO AMORIM FILHO

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesiista:

Medicamentos: SINTOMÁTICOS + CEFAZOLINA

Infecção EO: NAO

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: NDN

anatomopatológico: NDN

Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações): QUEDA E MOTO COM TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO. DOR E DEFORMIDADE. RAIOS EVIDENCIAM FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO. SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRURGICO SEM INTERCORRENCIAS.

Orientações: RETORNO AMBULATORIAL + IMOBILIZAÇÃO COM TIPOIA

Dieta: LIVRE

Medicações para Casa: ALGINAC + LEVOFLOXACINO

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Condições de Alta: Melhorado

Data: 10/08/2019

Assinatura/Carimbo



Ywry De Paiva Camara

**OBS:LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL : Ywry De Paiva
Camara**





PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1953541 Paciente: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS Idade: 022 Sexo: F
Nome da Mãe: DAMIANA DOS SANTOS Data de Nascimento: 28/07/1996 Admissão: 27/07/2019 DDI: 33
Clínica ORTOPEDIA 2 - Enfermaria: 9 - Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RADIO ESQUERDO

DATA: 09/08/2019

MÉDICO(A): Eldimán Soares De Araujo

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE - SE CIRURGIA SUSPÊNSA	
2	SORO GLICOSADO 5% 500ML - E.V. TERASCO, 8h/8h	
3	DIPÍRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML - E.V. LAMPOLA, 06/06	
4	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML - E.V. LAMPOLA, 8h/8h FAZER SE NECESSÁRIO	
5	OMEPRAZOL 20 MG - V.C. 10 CAPS 24h 24h CADMAS 14P	
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML - E.V. LAMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 09/08/2019 HORA: 08:04:46

ORTOPEDIA

12 DDI
EM JEIUM PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO
PRE OP OK



ASSINATURA + CARIMBO
Eldimán Soares De Araujo

10/09

Atas hospitalares com
4h Ref. 4h/8h
Atas + Atos 11/09



09/08/19

10:20

AAAO 07/08/19

PA 110X78

Publi 87

-setor 36.9

Nº de caixa





PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1953541 Paciente: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS Idade: 072
Nome da Mãe: DAMIANA DOS SANTOS Data de Nascimento: 28/07/1996 Sexo: F
Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RADIO ESQUERDO

DATA: 09/08/2019

MÉDICO ASSISTENTE (A): Everlan Da Silva Meira

Item	Prescrição	Aprazamento
1	CEFTRIAXONA SODICA 1G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR (EX) 02FRA AMP 12h 12h 01 311 Reconstituir 10 ML ABD. Diluir em 100 ML SF	/
2	RADIOGRAFIA DE CONTROLE	
3	CURATIVO	

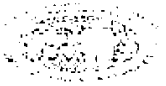


Everlan Da Silva Meira

Médico Assistente (A)

Médico Assistente (A)





PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1953541 Paciente: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS Idade: 022 Sexo: F
Nome da Mãe: DAMIANA DOS SANTOS Data de Nascimento: 28/07/1996 Admissão: 27/07/2019 DIII - 11
Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO

DATA: 07/08/2019

MÉDICO(A): Hallisson Barros De Almeida:

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE SE CIRCULATÓRIAS NEGATIVAS	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML F.V. 1ERASCO, 12h/12h	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML F.V. TAMPOLA, 6h/6h	
4	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML F.V. TAMPOLA, 8h/8h FAZER SE NECESSARIO	
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1 CAPS, 24h/24h ADM AS 14h	
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML F.V. TAMPOLA FAZER SE NECESSARIO	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 07/08/2019 HORA: 12:16:30

ORTOPEDIA

10 DIII

PCT EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE,
SEM DISTURBIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+
EDEMA -

CD:
VPM
AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Hallisson Barros De Almeida





GOVERNO DO PARÁ

CNPJ: 10.848.196/0001-55
Data: 08/08/2019
Hora: 09:47:13
Médico(a) Diarista: Eldiman Soares De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº de prontuário: 1953541 Paciente: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS Idade: 022 Sexo: F
Nome da Mãe: DAMIANA DOS SANTOS Data de Nascimento: 28/07/1996 Admissão: 27/07/2019 DIH - 12
Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RADIO ESQUERDO

DATA: 08/08/2019

MÉDICO(A): Eldiman Soares De Araujo /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE SE CIRURGIA SUSPENSA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML. EA, FRASCO, 12x12h	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML. EA, AMPOLA, 6x6h	
4	TRIMETAMOL CETOGLICOLATO 30 MG/ML 1 ML. EA, AMPOLA, 8x8h FAZER SE NECESSÁRIO	
5	OMEPRAZOL 20 MG VO, 1 CAPS 240746 ADM AS 14h	
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML. EA, AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 08/08/2019 HORA: 09:46:58

ORTOPEDIA

11 DIH

PCT EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

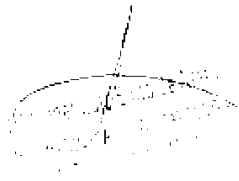
DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

BOR: 2,4+
EDEMA +

CD:
VPM
AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA - CARIMBO
Eldiman Soares De Araujo

Eldiman Soares De Araujo



[Faint handwritten text, possibly a signature or date]





PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

N. do promitório: 0653541 Paciente: JOSEANE SFRAFIM DA SILVA SANTOS Idade: 022 Sexo: F
Nome da Mãe: DAMIANA DOS SANTOS Data de Nascimento: 28/07/1996 Admissão: 27/07/2019 DHI: 10
Cidade: ORTÓPEDIA 2 Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO

DATA: 06/08/2019

MÉDICO(A): Wagner De Melo Falcão

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE SE CIRURGIA SUSPensa	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML F.V. FRASCO 120/125	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML F.V. AMPOLA 60/60	
4	TRÓMETAMOL CETOCORÓLACO 30 MG/ML 1 ML F.V. AMPOLA 80/80 FAZER SE NECESSÁRIO	
5	OMEPRAZOL 20 MG VO, 10 CAPS, 30/30 (ADM AS 14h)	
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML F.V. AMPOLA 1 FAZER SE NECESSÁRIO	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 06/08/2019 HORA: 09:29:36

ORTÓPEDIA FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO Data de Internamento: 27/07/2019

BEG. ESTÁVEL CLINICAMENTE,
SEM FEBRE.

COM TALA GESSADA

DOR: 2/4+
EDEMA +

AGUARDA CIRURGIA

(Handwritten signature)
ASSINATURA = CARIMBO
Wagner De Melo Falcão



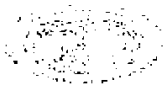
Dr. Celso de Mello Junior,

Dr. de Mello

Dr. de Mello

Auredey Vicente Leite
COREN-PB 216.007-TE





PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

N. do prontuário: 1953541 Paciente: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS Idade: 022 Sexo: F
Nome da Mãe: DAMIANA DOS SANTOS Data de Nascimento: 28/07/1996 Admissão: 27/07/2019 DDI: 9
Clínica: ORTOPIEDIA 2 Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RADIO ESQUERDO

DATA: 05/08/2019

MÉDICO(A): Eldiman Soares De Araujo

Item	Prescrição	Aprazamento
1	BIETA LIVRE SE CIRURGIA SUSPENSA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML T.V. FRASCO, 12h/12h	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML T.V. LAMPÔLA, 6h/6h	
4	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML T.V. LAMPÔLA, 8h/8h FAZER SE NECESSÁRIO	
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 10 APS, 24h/24h (ALÉM DAS 14H)	
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML T.V. LAMPÔLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 05/08/2019 HORA: 09:27:56

ORTOPEDIA FRATURA DISTAL DO RADIO ESQUERDO Data de Internamento: 27/07/2019

BEG. ESTÁVEL CLINICAMENTE.
SEM FEBRE.

COM TALA GESSADA

DOR: 2/4-
EDEMA +

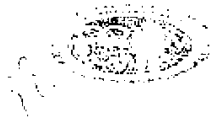
AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Eldiman Soares De Araujo



05 - 0965 - PA. 100x60 - T-368 - FG 82
CC
T9
SANTA





GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 16.848.190/0001-55
Data: 04/08/2019
Hora: 09:21:13
Médico(a) Diarista: Julio Cesar Ribeiro De Castro

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1953541 Paciente: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS Idade: 022 Sexo: F
Nome da Mãe: DAMIANA DOS SANTOS Data de Nascimento: 28/07/1996 Admissão: 27/07/2019 DHI - 8
Clínica: ORTOPE-DIA 2 Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RADIO ESQUERDO

DIA 04/08/2019
MÉDICO(A): Julio Cesar Ribeiro De Castro /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPRONA SODICA 500 MG V.O. 1COMP, 6h/6h	
3	DICLOFENACO SODICO 50 MG V.O. 1COMP, 8h/8h	
4	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS 20h/20h ADM AS 14h	
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. TAMPOLA. FAZER SE NECESSARIO	
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 04/08/2019 HORA: 09:21:06

ORTOPEDIA FRATURA DISTAL DO RADIO ESQUERDO Data de Internamento: 27/07/2019

BEG. ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

COM TALA GESSADA

DOR: 2/4+

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Julio Cesar Ribeiro De Castro



di
18
19

PA
PC
+
SPO

410x 70
22
1 3
027

fil. com. cont.
div. 1000 1000 + 016
Linha de crédito
com garantia de
equip. 1000 1000





CONVÊNIO
DA PARCELADA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

7

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1953541 Paciente: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS Idade: 022 Sexo: F

Nome da Mãe: DAMIANA DOS SANTOS Data de Nascimento: 28/07/1996 Admissão: 27/07/2019 DDU: 6

Clínica: AMARILVA Enfermaria: 7 Leito: 5 Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RADIO ESQUERDO

CR

DATA: 02/08/2019

MÉDICO(A): Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

- | Item | Prescrição |
|------|---|
| 1 | DIETA LIVRE |
| 2 | DIPYRONA SÓDICA 500 MG - VO, 10 COMPS, 6h |
| 3 | DICLOFENACO SÓDICO 50 MG - VO, 10 COMPS, 8h |
| 4 | OMEPRAZOL 20 MG - VO, 10 CAPS, 24h 30h ADM AS 14h |
| 5 | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML - T.V. TAMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO |
| 6 | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS |

Aprazamento

15/08/19
A
B
C
D
E
F
G
H
I
J
K
L
M
N
O
P
Q
R
S
T
U
V
W
X
Y
Z

EVOLUÇÃO

DATA: 02/08/2019 HORA: 07:49:31

ORTOPEDIA FRATURA DISTAL DO RADIO ESQUERDO Data de Internamento: 27/07/2019

BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTÚRBIOS

COM FALA GESSADA

DOR: 2/4

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA - CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

Crismarcos Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA





GOVERNO
Mato Grosso do Sul



CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 31/07/2019

Hora: 10:44:47

Médico(a) Damiania Schubert Luigi Costa Rodrigues

PRESCRIÇÃO MÉDICA



DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1953541 - Paciente: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS - Idade: 022 - Sexo: F

Nome da Mãe: DAMIANA DOS SANTOS - Data de Nascimento: 28/07/1996 - Admissão: 27/07/2019 DI-4

Clinica: AMARELA - Enfermaria: 7 - Leito: 5 - Diagnóstico: FRACTURA DISTAL DO RADIO ESQUERDO

DATA: 31/07/2019

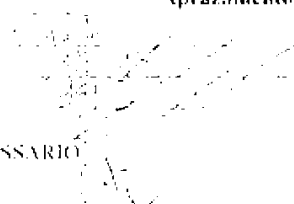
MÉDICO(A) ASSISTENTE: Schubert Luigi Costa Rodrigues

Item

Prescrição

Aprazamento

- 1 DIFELIVRE
- 2 DIFERONAL SODICA 500MG V.O. - COMP. 6x76h
- 3 DICTIOFINACÓ SODICO 50MG V.O. 1x COMP. 8x8h
- 4 OMEPRAZOL 20MG V.O. 1x CAPS. 24h 24h (ADMS 136)
- 5 TERAPIA DO CLORIDRATO 100MG 7ML 7 ML 1x CAMPONELA, FAZER SE NECESSARIO CUIDADOS GERAIS - SINAIS VITAIS



EVOLUÇÃO

DATA: 31/07/2019 - HORA: 10:44:15

ORTOPEDIA

PCT SEGUE EM BEG. ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTURBIAS

DIURESE E EXACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4

CD:
VPM
AGUARDA CIRURGIA

Dr. Schubert Luigi Costa Rodrigues

ASSINATURA - CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues



CNPJ: 09.848.190/0001-55
Data: 01/08/2019
Hora: 10:24:14
Médico(a) Dr(a) Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM-PB-3335)

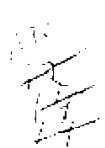
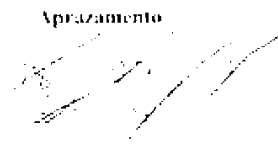
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1953541 Paciente: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS Idade: 022 Sexo: F
Nome da Mãe: DAMIANA DOS SANTOS Data de Nascimento: 28/07/1996 Admissão: 27/07/2019 IDH: 5
Clínica: AMARELA Enfermaria: 7 Leito: 5 Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RADIO ESQUERDO

DATA: 01/08/2019
MÉDICO(A): Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM-PB-3335)

Item	Prescrição
1	DIETA LIVRE
2	DIPIRONA SÓDICA 500 MG - V.O. 1 COMPR. 6x/di
3	DICLOFENACO SÓDICO 50 MG - V.O. 1 COMPR. 8x/8h
4	OMEPRAZOL 20 MG - V.O. 1 COMP. 24h 20h ADM. AS 14h
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML - F.V. 1 AMPOLA A JAZER SE NECESSÁRIO
6	CUIDADOS GERAIS - SINAIS VITAIS

Assinatura:  Apazamento: 

EVOLUÇÃO

DATA: 01/08/2019 HORA: 10:23:24

ORTOPEDIA FRATURA DISTAL DO RADIO ESQUERDO Data de Internamento: 27/07/2019

BEG. ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTURBIAS

COM TALA GESSADA

DOR: 2/4+

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA - CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM-PB-3335)





GOVERNO
DO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

PRESCRIÇÃO MÉDICA

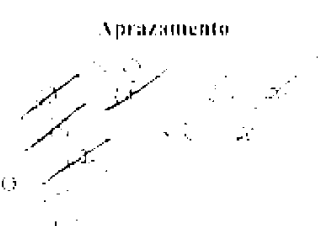
DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1953541 Paciente: JOSE ANE SFRAFIM DA SILVA SANTOS Idade: 022 Sexo: F
Nome da Mãe: DAMIANA DOS SANTOS Data de Nascimento: 28/07/1996 Admissão: 27/07/2019 DI: 3
Clínica: AMARELLA Internata: 7 Leito: 5 Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO

DATA: 30/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Schubert Luigi Costa Rodrigues

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DILATAÇÃO	
2	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/A.C. COMIP, 60-60	
3	DICLOFINACO SÓDICO 50 MG/A.C. COMIP, 80-80	
4	OXIBUPROZOL 20 MG/V.O. COMPS, 740-740 / ADMAS 1400	
5	FRAMADOL CLORIDRATO 100 MG 2ML 2 ML E.V. AMPOLA, FAZER SE NECTSSARCO CUIDADOS GERAIS - SINAIS VITAIS	



EVOLUÇÃO

DATA: 30/07/2019 HORA: 10:41:43

ORTOPEDIA

PCT SEGUI EM BEG. ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTURBIOS

DIURSE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2-4-

CD:
VPM
AGUARDA CIRURGIA

Dr. Schubert Costa
Cirurgião

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues



OK



GOVERNO DA PARAGUAI

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1955541 - Paciente: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS - Idade: 62 - Sexo: F

Nome da Mãe: DAMIANA DOS SANTOS - Data de Nascimento: 28/07/1996 - Admissão: 27/07/2019 - DI - 2

Handwritten initials: DS, of

Clinica: AMARELA - Enfermária: 7 - Leito: 5 - Diagnóstico: TRAUMA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO

DATA: 29/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Schubert Luigi Costa Rodrigues

Item

Prescrição

Aprazamento

- 1 DIFEXIVRI
 - 2 DÍPIRONA SÓDICA 500 MG V.O. 10 CNP. 30/31
 - 3 DICTOFLINACO SÓDICO 50 MG V.O. 10 CNP. 30/31
 - 4 OMI PRAZOOL 20 MG V.O. 10 APS. 24H. 24H ADM. AS 14H
 - 5 TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG 2ML 2 ML V. V. CAMPOLA. FAZER SE NECESSÁRIO
- CIDADOS GERAIS - SINAIS VITAIS

Handwritten notes and signatures in the aprazamento column.

ELIÇÃO

DATA: 29/07/2019 - HORA: 09:59:37

ORTOPEDIA

PCT SEGU. EM BEG. ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTURBIOS

DIURESE E EXAQUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2-4+

CD:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

Handwritten signature of Dr. Schubert Costa

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues



11 60 11

11 60 11



GOVERNO
DE PERNAMBUCO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1953541 Paciente: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS Idade: 022 Sexo: F

Nome da Mãe: DAMIANA DOS SANTOS Data de Nascimento: 28/07/1996 Admissão: 27/07/2019 DI - 1

Clínica: AMARELA Internarm: 1 Leito: 7 Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RADIO ESQUERDO

DI: 28/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Hallisson Barros De Almeida

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O. 10 COMP. 60 GR	
3	DICLOFENACO SODICO 50 MG V.O. 10 COMP. 85	
4	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 7 CAPS. 216 746 ADM AS 146	
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG 2ML 2 ML B.V. 1 AMPOLA, FAZER SENECESSARIO	
6	CUIDADOS GERAIS - SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 28/07/2019 HORA: 08:19:29

ORTOPEDIA

MDH

PCT SEGUE EM REG. ESTAVEL CLINICAMENTE, SEM DISTURBIOS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2-4-

CD:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA - CARIMBO
Hallisson Barros De Almeida





GOVERNO DA PARAIBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1953541 Paciente: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS Idade: 622 Sexo: F

Nome da Mãe: DAMIANA DUS SANTOS Data de Nascimento: 28/07/1996 Admissão: 27/07/2019 DI = 0

Clínica: AMARELA Enfermaria: 1 Leito: 7 Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO

DATA: 27/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Jose Renna Gomes Da Silva

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DILTA LIVRE	
2	DIPIRONA SÓDICA 500 MG V.O. 1COMP. 6h/6h	
3	DICLOFENACO SÓDICO 50 MG V.O. 1COMP. 8h/8h	
4	OMEPRAZOL 20MG V.O. 1CAPS. 24h 24h ADMAS 14h	
5	TRAMADÓL CLORIDRATO 100MG 2ML 2ML F.V. 1AMPOLA FAZER SE NECESSÁRIO	
6	CUIDADOS GERAIS - SINUSITIS GAIAS	

EVOLUÇÃO

DATA: 27/07/2019 HORA: 18:27:26

ORTOPEDIA

PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA O PUNHO ESQUERDO COM DORE E DEFORMIDADE.

RADIOGRAFIA MOSTRA FRATURA INSTÁVEL DO TERÇO DISTAL DO RÁDIO COM NECESSIDADE DE FIXAÇÃO

CD: SOLICITO PRE-OP
INTERNAÇÃO HOSPITALAR

ASSINATURA - CARIMBO
Jose Renna Gomes Da Silva





SETOR DE ORIGEM:			
NOME:			
PROCEDIMENTO:			
<input type="checkbox"/> AVP: LOCAL:	GELCO Nº:	<input type="checkbox"/> AV	<input type="checkbox"/> JE <input type="checkbox"/> M
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO:	<input type="checkbox"/> COM CLOREXIDINA	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	
RETIRADO:	<input type="checkbox"/> PRÓTESE DENTÁRIA	<input type="checkbox"/> ADORNOS	<input type="checkbox"/> PERTENCES
ENCAMINHADO:	<input type="checkbox"/> HEMOG	<input type="checkbox"/> JSG	<input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA <input type="checkbox"/> RESSONÂNCIA
<input type="checkbox"/> TERMO DE CONSENTIMENTO	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA		
<input type="checkbox"/> RESERVA DE HEMODERIVADO	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA		
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:	COREN:		





Solicitante: JOSIANE SERRA FIM DA SILVA SANTOS Protocolo: 00000478836 Data: 28/01/2020 13:44 Idade: 28 anos

HEMOGRAMA

DATA DA COLETA: 28/01/2020 13:44

Resultados

SERIE VERMELHA

Contagem de hemácias: 4.52 milhões/mm3
Hemoglobina: 12.5 g/dL
Hematócrito: 38.1 %
VCM: 84 fL
HCM: 28 pg
CHCM: 33 g/dL

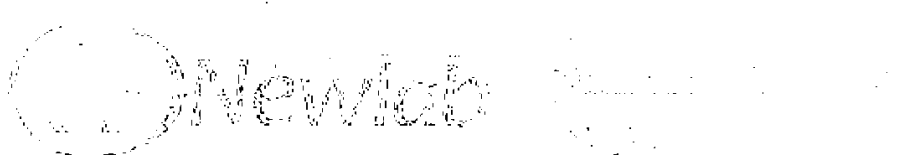
SERIE BRANCA

Contagem de leucócitos: 8.100 /mm3
Diferencial: Neutrofilos 68.0%, Linfócitos 24.3%, Monócitos 3.0%, Eosinófilos 3.0%, Plaquetas 247.000/mm3

Contagens revisadas e confirmadas.

ANEXO: RESISTIVIDADE - IMPEDANCA - MICROSCOPIA

Ana Claudia Barroso
Bióloga
CREM 1009



GOVERNO
DA PARAIBA

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

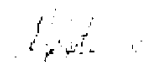
LABORATORIO DE
ANALISES CLINICAS
HOSPITAL DE TRAUMAS
DOM LUIS GONZAGA
FERNANDES

SUS
Sistema
Unico
de
Saúde

Nome:	JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS	Protocolo:	0000478836	RG:	5405967400
Depto:	JOSE KEVYNA GOMES	Data:	28/01/2020 13:00	Orgao:	SECRETARIA DE SAUDE
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES	Idade:	25 anos	Destino:	HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES

TEMPO DE SANGRAMENTO 2'04"00

TEMPO DE COAGULACAO 8'00"00


Ana Claudia Barroso
Prontista
CREM-4753





Número do Prontuário: 151813

DATA DA CIRURGIA: 09/08/2019

Número do Atendimento: 1953541 - Clin: ORTOPEDIA 2 - Fm: 9 - Lei: 3

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS

Data da Internação: 27/07/2019

Atendimento: 1953541

Diagnostico Pré-Operatório: EX RADIO DISTAL E

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: RAFI

Data da Cirurgia: 09/08/2019

Equipe:

Cirurgião: RICARDO AMORIM FILHO

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: ANA

Anestesista: MARCILIO

Tipo de anestesia: BLOQUEIO DE PLEXO

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NÃO

Descrição da Operação: 1- PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

2- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

3- CAMPOS ESTÉREIS

4- VIA DE HENRY

5- REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA RÁDIO DISTAL E COM AUXÍLIO DE ESCOPIA

6- FIXAÇÃO COM PLACA T + PARAFUSOS CORTICAIS (3)

7- CURATIVO

Data 09/08/2019



Assinatura/Carimbo
Everlan Da Silva Meira





TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

<i>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</i>	<i>Hora entrada</i>	<i>Hora saída</i>
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada. Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Raoni de Araujo Lima
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
CRM 8029

Assinatura do anestesista





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <i>Wagner Augusto de Lima, 27/11</i>	Idade: <i>32</i>
Convênio: <i>União</i>	Data: <i>21/01/2020</i>
Procedimento: <i>1ª laparotomia de emergência</i>	
Cirurgião: <i>A. L. Lima</i>	Auxiliar: _____
Anestesista: <i>A. Y. C. de Mello</i>	
Início: <i>11:45</i>	Término: <i>12:05</i>
Anestesia: <i>Alveolar</i>	

Hora	PA	Pulso	SAT O2	Responsável	A. Motora	Consciência
<i>11:45</i>	<i>120</i>	<i>85</i>	<i>98</i>	<i>A. Y. C. de Mello</i>		<i>Consciente</i>

Medicamentos/Materiais	Quantidade

Observações:

Assinatura Anestesista

Circulante







SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

NOME			
IDADE	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO:	
SETOR	LEITO		
DIAGNÓSTICO MÉDICO			
ALERGIAS	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS	
MEDICAÇÃO CONTÍNUA	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS	
DOENÇA CRÔNICA	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS	
PRESEÇA DE ESCARA	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL	
PRESSÃO ARTERIAL	HIPOTENSO: <input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO: <input checked="" type="checkbox"/>	HIPERTENSO: <input type="checkbox"/>
SISTEMA NEUROLÓGICO	CONSCIENTE: <input checked="" type="checkbox"/>	INCONSCIENTE: <input type="checkbox"/>	ORIENTADO: <input checked="" type="checkbox"/>
SISTEMA RESPIRATORIO	DISPNEICO: <input type="checkbox"/>	TAQUIPNEICO: <input type="checkbox"/>	EUPNEICO: <input checked="" type="checkbox"/> BRADIPNEICO: <input type="checkbox"/>
SIST GÊNITO URINÁRIO (URINSE)	NORMAL: <input checked="" type="checkbox"/> POLIURIA: <input type="checkbox"/> OLIGURIA: <input type="checkbox"/>	SVD: <input type="checkbox"/>	
MOBILIDADE	DUSURIA: <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA: <input type="checkbox"/>	ANURIA: <input type="checkbox"/>
SIST GAS ROINTEATNAL (DIETA)	VO: <input checked="" type="checkbox"/>	ENSG: <input type="checkbox"/>	SNE: <input type="checkbox"/>
ESTADO NUTRICIONAL	NUTRIDO: <input checked="" type="checkbox"/>	DESNUTRIDO: <input type="checkbox"/>	OBESO: <input type="checkbox"/>
TAXAS VITAIS	PA: 100/70	FR: 18	FC: 84 PESO: ---

<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/R
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/R
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/R
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/R
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/R
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD/R
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/R
<input type="checkbox"/> NÁUSEA	CD/R
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/R
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ	CD/R
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NÃO ESTO PREJUDICADA	CD/R
<input type="checkbox"/> DEFICIT NO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/R
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/R
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/R
<input type="checkbox"/> RISCO DE SINDROME DO DESUSO	CD/R
<input type="checkbox"/> <i>[assinatura]</i>	CD/R
<input type="checkbox"/> <i>[assinatura]</i>	CD/R
<input type="checkbox"/> <i>[assinatura]</i>	CD/R
Érika de Sousa Miranda	CD - CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
BOEN PR 102681-ENF	FR - FATOR RELACIONADO
<i>[assinatura]</i>	

<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS	<i>[assinatura]</i>	
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR		
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA		
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATETER DE O2 A DL MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA		
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATORIA (RUÍDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA CASSA DO NARIZ)		
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AERIAS		
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45º		
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA QUANDO RECOMENDADO		
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA)	<i>[assinatura]</i>	
<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO		
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAGNOSTICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE	<i>[assinatura]</i>	



RESULTADOS ESPERADOS:

REGISTROS

DATA	HORA	PA	T	FC	FR	FCI	DIURESE	AVALIAÇÃO	ASSINATURA CARETADO
		SVC X 60							

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIÚRNA

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM									
NOME									
IDADE	SEXO	M	F	DATA DE NASCIMENTO				SS	F
SETOR		LEITO							
DIAGNOSTICO MEDICO									
ALERGIAS	SIM	NAO	CLAS						
MEDICAO CONTINUA	SIM	NAO	CLAS						
DOENCA CRONICA	SIM	NAO	CLAS						
PRESEÇA DE ESCARA:	SIM	NAO	LOCAL						
PRESSAO ARTERIAL		HIPOTENSO		NORMOPOTENSO		HIPERTENSO			
SIST. MAULOHOLÓGICO		CONSCIENTE		INCONSCIENTE		ORIENTADO			
SIST. MAULOHOLÓGICO		DISPENICO		TAQUIPENICO		EUPNEICO		BRADIPNEICO	
SIST. GENITOURINARIO		NORMAL		POLIURIA		OLIGURIA		SVD	
DIURESE		DIUREIA		DISTOSIOMA		ANURIA			
MOBILIDADE		DEAMBULA		DEAMBULA C. APOIO		ACAMPADO		SI DEFICITE MOTOR	
		TETRAPLEGIA		HEMIPLÉGIA		PAKESIA		RESTRITO NO PEITO	
SIST. SAS BOCAL		VO		SNG		SNE			
SIST. NUTRICIONAL		NUTR. DO		DESNUTRIDO		OBESO		CAQUETICO	
SINAIS VITAIS		HA	I	FR	FC	PESO			
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM									
RISCO DE QUESA					CDER				
RISCO DE ASPIRAÇÃO					CDER				
RISCO DE INFECÇÃO					CDER				
RISCO DE DESEQUILIBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL					CDER				
RISCO DE QUESA NITAVE					CDER				
RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA		RETENÇÃO URINÁRIA			CDER				
RISCO DE SANGRAMENTO					CDER				
NAUSEA					CDER				
DOR AGUDA		DOR CRÔNICA			CDER				
PADRAO RESPIRATORIO NEF CAZ					CDER				
MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA					CDER				
DEFEIT NO AUTO CUIDADO		ALMENTAR SE			T PARA BANHO			CDER	
INTEGRIDADE DA PELLE PREJUDICADA					CDER				
RISCO PARA INT. PELLE PREJUDICADA					CDER				
RISCO DE SÍNDROME DE DESUSO					CDER				
					CDER				
					CDER				
					CDER				
					CDER				
CC - CARACTERÍSTICA DEFINIDORA									
HR - FATOR RELACIONADO									
ASSINATURA DE ENFERMEIRO RESPONSÁVEL									
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM					APRAZAMENTO		ASSINATURA		
MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS									
REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR									
ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PRECUIDADA									
INSTALAR CATETER DE DRAGENA CU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA									
AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATORIA (RUIDOS, ESTERTORES E SIBILANTES DA BOCA DO NARIZ)									
ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS									
POSIÇÃOAS - PACIENTE EM DECUBITO DE 45º									
MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA QUANDO RECOMENDADO									
MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO, EDEMA, HIPERTENSÃO, CALOR RUBOR HIPERTENSÃO									
ASSISTÊNCIA NO AUTO CUIDADO									
REALIZAR TODOS OS REGISTROS RELACIONADOS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAGNÓSTICOS E AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS PLPSTAS DO PACIENTE									

MSF/20





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM				
IDADE:	SEXO:	DATA DE NASCIMENTO:		
SETOR:	LEITO:			
DIAGNÓSTICO MÉDICO				
ALERGIAS	SIM	NÃO	QUAIS	
MEDICAÇÃO CONTÍNUA	SIM	NÃO	QUAIS	
DOENÇA CRÔNICA	SIM	NÃO	QUAIS	
PRESENÇA DE ESCARA	SIM	NÃO	LOCAL	
PRESSÃO ARTERIAL	HIPOTENSO	NORMOTENSO	HIPERTENSO	
SISTEMA NEUROLÓGICO	CONSCIENTE	INCONSCIENTE	ORIENTADO	
SISTEMA RESPIRATÓRIO	DISPNEICO	TADUFÊNICO	LUPNÉICO	BRADIPNÉICO
SIST. GENITOURINÁRIO	DIURIA	POLÚRIA	OLIGÚRIA	ANÚRIA
MOBILIDADE	DEAMBULA	DEAMBULA COM	ACAMADO	SÍMPTOME MOTOR
STATUS PUPILAR	TETRAPLEGIA	HEMIPLÉGIA	PARÉSIA	RESTRITO NO PEITO
ESTADO NUTRICIONAL	NUTRIDO	DESNUTRIDO	OBESO	CAQUÉTICO
DADOS VITAIS	PA	FR	FC	PESO
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM				
<input type="checkbox"/> RISCO DE QUESA			CD:FR	
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO			CD:FR	
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO			CD:TR	
<input type="checkbox"/> RISCO DE Desequilíbrio da temperatura corporal			CD:FR	
<input type="checkbox"/> RISCO DE ISQUEMIA INSTABIL			CD:FR	
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	RETENÇÃO URINÁRIA		CD:FR	
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO			CD:TR	
<input type="checkbox"/> NAUSEA			CD:FR	
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA	DOR CRÔNICA		CD:FR	
<input type="checkbox"/> PATRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ			CD:FR	
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA			CD:FR	
<input type="checkbox"/> DEF. FUND. AUTO. CUIDADO	ALIMENTAR-SE		LIMPAR BANHO	
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PEF. PREJUDICADA			CD:FR	
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PEF. PREJUDICADA			CD:FR	
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO Desejo			CD:FR	
<input type="checkbox"/>			CD:FR	
<input type="checkbox"/>			CD:FR	
<input type="checkbox"/>			CD:CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	
<input type="checkbox"/>			FR: FATOR RELACIONADO	
<p><i>Barbara Albuquerque V. Araújo</i> COREN-PB 538.571-EMF</p>				
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA	
MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS				
REALIZAR CUIDADO DE HIGIENIA CAPILAR				
ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA				
INSTALAR CATETER DE O ₂ A DL MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA				
AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATORIA (RUIDOS, ESTERTORES E RALES) NOS DOIS DA ASA DO NARIZ				
ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS			Barbara Albuquerque V. Araújo	
POSICIONAR O PACIENTE EM POSIÇÃO DE 45°			COREN-PB 538.571-EMF	
MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA QUANDO RECOMENDADO				
MANTER TORAX SECO E SINTOMAS DE INFECÇÃO (FEBRE, HIPERTERMIA, CALOR, SUJELOS, PERISMA)				
ASSISTÊNCIA NO CUIDADO				
REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE				
RELACIONAR AOS DIAS IDENTIFICADOS AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS RESPOSTAS DO PACIENTE				



RESULTADOS ESPERADOS:

REGISTROS

DATA	HORA	PA	T	PC	PR	HEI	DIURESI	AValiação	ASSINATURA (V.F. MEC)
20/01/2020	13h								

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIURNA

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Registro: _____ Leito: _____ Setor Atual: _____

AVALIAÇÃO GERAL

Temperatura: 36 °C; Pulso: 100 bpm; PA: 100/60 mmHg; FC: 82 bpm; SPO2: %
Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm; Dor: () Local: _____ Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

(Empty space for laboratory results)

EXAME DE NEUROLOGIA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outr

Drugs (Sedação/Analgésia): _____

Reflexos: () Normais () Anisocóricos () D>E () E>D () Hiperreflexos () Mióticas () Midriáticas

Atividade Sinal: () Presente () Ausente () Rigidez () Parestesia Local: _____

Força: () Simétrica () Assimétrica () Distúrbio () Disartria: _____

Respiração: () Espontânea () Mecânica () Sibilos () Estridor () Outros: _____

Humidade: () Normal () Diminuídas () Aumentadas () Outros: _____

Dispneia: () Não () Sim () Outros: _____

Estimulo vascular: () Presente () Diminuídos () Aumentados () Outros: _____

Quantidade e aspecto: _____

Selo d'água: _____

FCOs: _____ RR: _____ SPO2: _____ Data: _____ Hora: _____

Paladar: _____ Conservação: _____

Capacidade: _____

Capacidade: _____

Capacidade: _____

Capacidade: _____

Capacidade: _____

Capacidade: _____



Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.

Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: () Precordialgia ()

Drogas vasoativas: () Quais?

Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo

Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: _____ Data da punção: ____/____/____

Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.

Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.

Alimentação: () JVO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____

Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:

Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:

RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados

Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há _____ dias () Outros:

Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito _____ ml/h;

Aspecto: () Outros: _____ Observações: _____

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:

Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica | Turgor da pele: () Preservado

Condições das mucosas: () Úmidas () Secas | Manifestações de sede: () _____

Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: _____ Curativo em: ____/____/____

Dreno: () Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: ____/____/____

Úlcera de pressão: () Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____/____/____

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações: _____

Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória | Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.

Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:

SONO E REPOUSO

() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações: _____

2 - Necessidades Psíquicas e Psicosociais

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: () Preservada () Prejudicada | Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:

() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:

3 - Necessidades Psíquicas e Psíquicas

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações: _____

INTERCORRÊNCIAS

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____ DATA: ____/____/____ HORA: _____

FONTE: BORDINHÃO, R.C. Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO: Nome: _____ Registro: _____ Leito: _____ Setor Atual: _____
DADOS GERAIS: Idade: _____ Sexo: _____ Imn: _____ irpm: _____ PA: _____ mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: _____ %
Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: () Local: _____ Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

Área para registro de exames laboratoriais alterados.

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (x) Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
GCS SGOW(2-15): _____ Drogas (Sedação/Analgesia): _____
Pupilas () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas
Mobilidade físcal: (x) Preservada () Paresia () Plegia () Parrestesia Local: _____
Comunicação: (x) Normal () Distonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Respiração: (x) Espontânea () Caráter Nasal () Venturi _____ % I/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
Saturação de O2: _____ mmHg; Saturação labial: _____ FiO2 _____ % PEEP _____ cmH2O
Sinal de Cheyne-Stokes: () Ausente () Presente () Diminuído () D () E
Sinal de apnéia central: () Ausente () Presente () Diminuído () D () E
Sinal de apnéia periférica: () Ausente () Presente () Diminuído () D () E
Expectoração: () Ausente () Presente () Diminuída () Quantidade e aspecto: _____
Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água: _____

Aspecto da drenagem torácica: _____
Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____
SPO2: _____ FiO2: _____ HCO3: _____ BE: _____
Sinal de tiragem: () Ausente () Presente () Diminuído () D () E
Sinal de crepitações: () Ausente () Presente () Diminuído () D () E
Sinal de roncos: () Ausente () Presente () Diminuído () D () E
Sinal de sibilos: () Ausente () Presente () Diminuído () D () E
Sinal de estridor: () Ausente () Presente () Diminuído () D () E
Sinal de outros: () Ausente () Presente () Diminuído () D () E
Sinal de outros: () Ausente () Presente () Diminuído () D () E



Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____

DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

5. NECESSIDADES ESPECIAIS

Religioso / espiritualidade: _____

Intercorrências: _____

6. Necessidades Psicossociais

Comunicação, Gregaria e Segurança Emocional: _____

Sono e Repouso: _____

Cuidado Corporal: _____

Integridade Física e Cutâneo-Mucosa: _____

Alimentação e Eliminações (Intestinal e Urinária): _____

Drogas vasoativas: _____

Tempo de enchimento capilar: _____



ATENDIMENTO URGÊNCIA
 PRONT (B.E) Nº: 1953389 CLASS. DE RISCO: AMARELO
 HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.790.268/0001-51
 Av. Mal. Floriano Peixoto, 4200 - Marizópolis, Campina Grande - PB, CEP: 53432-909 Data: 28/01/2020
 Bloco de Emergência (B2) - Marizópolis - Abandono - Atendimento

PACIENTE: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS
 Endereço: RUA DE SEBASTIAO PEDROSA
 Cidade: BARRA DE SÃO MIGUEL
 Nome da Mãe: DAMIANA DOS SANTOS
 Responsável:
 Estado Civil: Solteira
 Motivo do Atendimento: MÚLTIPLO FERIMENTOS

OBS FICHA:
 MECANISMOS DO TRAUMA
 LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)

1	2
3	4
5	6
7	8
9	10
11	12
13	14
15	16
17	18
19	20
21	22
23	24
25	26
27	28
29	30
31	32
33	34
35	36
37	38
39	40
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

OBS:
 QUEIMADURA:
 Superfície corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
 DIAGNÓSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS GERAIS

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Anisocóricas () Isocóricas ()

Glasgow: GCS: E4 V5 M6 PA: _____ HGT: _____ SatO2: _____

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia
 () Gasometria arterial () Radiografias: _____
 () Tomografia Computadorizada () _____

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: _____ às _____ Dia _____

Especialista: _____ às _____ Dia _____

MÉDICO SOLICITANTE: _____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Exame físico completo	16:56
2	Exame físico completo	16:56
3	Exame físico completo	16:56
4	Exame físico completo	16:56
5	Exame físico completo	16:56
6	Exame físico completo	16:56

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Silvia Ribson M. Ribeiro
 CRM: 10.101/2018
 RGO: 10.101/2018



02/01/2020

HORA: 16:56:56

GOVERNO DA PARAIBA

HOSPITAL DE FERRERREIRA C. TEJANUPA URM U.E. GUINZAGA FERRADOURA - 51015-187708 - JARDIM FLAVIA
Av. Dal Forno e Forno, 1.800 - Maripora (Carimura Grande) - PE - CEP: 56632-816 - DATA: 02/01/2020
Data: 27/07/2019

Paciente: **JOSANE SERRAFIM DA SILVA SANTOS** (idade: 022 N° ATEND: 1953389)

ACIDENTE DE TRABALHO: **NAO**
DATA: 27/07/2019 HORA: 13:48:48

ESPECIALIDADE: **ORTOPEDIA**

MOTIVO ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICACAO DO MOTIVO: **MOTO X MOTO**

SINAIS VITAIS
HGT: SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES: SIM NAO HAS SIM NAO
DEF. MOTORA: SIM NAO

ALERGIAS: **NEGA**
MEDICACAO EM USO:
ESTADO GERAL: **BOM**
AVALIACAO NEUROLÓGICA

- CONVULSAO INCONSCIENTE CONSCIENTE ORIENTADO
- DESORIENTADO AGITADO COOPERATIVO DEPRESSIVO APÁTICO
- IRRITADO DIMITUICAO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

- FEBRE VÔMITO DIARREIA EXANTEMA
- PRURIDO DISPNEIA DOR INAPETENCIA ALTERAÇÕES VISUAL
- ANAFILAXIA FLEBITE INAPETENCIA ALTERAÇÕES VISUAL
- EPIGASTRALGIA CONSTIPAÇÃO MELENA SIBILOS TOSSE

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

VERT. DOR

ESCALA DE DOR: **DOR MODERADA**

CLASSIFICACAO DE RISCO:

CONTEÚDO DE SINAIS VITAIS

HORA PA TEMP FC FR DIURESE ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN

DO

LIBS
ENFERMEIRO COREN
assinado eletronicamente

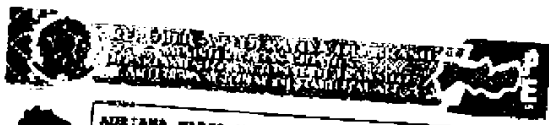
Alliani Gledson Celidou
COREN-PA 45132-ENE





10.160.003 22/04/2015
<< JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS >>
<< JOSEMIR SERAFIM DA SILVA >>
<< DAMIANA DOS SANTOS >>
BARREIROS - PE 28/07/1996
<< CN.31444 L.A35 F.214 CART.SANTA
CRUZ DO CAPTAR DE PE 22.10.2002 >>
131.781.944 60





ALISTADA MARIA MOIRA DE ALBUQUERQUE FERREIRA



DOC. IDENTIDADE - DAS ELEICOES 4810389 MAT PE

CPF 948.234.448-04 DATA NASCIM. 26/07/1974

PLACADO JOSE GOMES DE MOIRA

ESMILTE FERREIRA DE NOVA ORA

PROTEÇÃO 17/06/2002

VALORES EM LITROS
IDENTIFICACIONAL
1421884961



Maria M. Moira de A. Ferreira

PRIMEIRO PLANTILHA
1421884961

LUGAL BOMBIZIN - PE DATA EMISSAO 10/06/2017

51286755008
22014649272

PERNAMBUCO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA

DETRAN - PE Nº 014484969242
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 034277070 ***** 21/01/19

0342 ADEGILSON MARATM DA SILVA

034277070-10

034277070-64

KEROLLIS

*****/EE 9C2KC06508R105000

PAR MOTOCICLETA

GASOLINA

HONDA/CG 150 TITAN ES

2000

28.24904

PARTIC PRETA

I	150	1	1
P	150	1	1
V	150	2	1
A	1	3	1

80.14 0.32 54.58 21/01/19

SEM RESERVA

S C CARIBARIIBE PE 2019 14/02/19

Roberto Carlos Menezes Fontall...

SEGURADORA OBRIGATORIA DE DANOS TERRESTRAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE... PARA SUA CARROÇA E PESSOAS DEPENDENTES... DO FIANTE... DO SEGURO DPVAT

PE Nº 014484969242 BILHETE DE SEGURO DPVAT

0342 ADEGILSON MARATM DA SILVA

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

WWW.SEGURADORAFLIDER.COM.BR
SAC DPVAT 0800 022 1204

S C CARIBARIIBE-PE 2019 14/02/19

034277070-64 KEROLLIS

HONDA/CG 150 TITAN ES

9C2KC06508R105000

PRÊMIO TARIFARIO

36,05 4,91 40,06

4,15 0,32 44,58

21/01/19

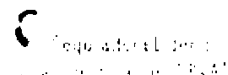
SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.000/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DEVA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0400731/19

Vítima: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS

CPF: 131.781.944-60

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 26/07/2019

Titular do CPF: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS : 131.781.944-60

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/11/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190639209 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSEANE SERAFIM DA SILVA **Data do acidente:** 26/07/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
SANTOS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RADIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
P-6-7-29-35-37-38-39-40

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE DOCUMENTAL DEFICIT MODERADO DO PUNHO 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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190639209 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSEANE SERAFIM DA SILVA **Data do acidente:** 26/07/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
SANTOS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RADIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
P-6-7-29-35-37-38-39-40

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE DOCUMENTAL DEFICIT MODERADO DO PUNHO 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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

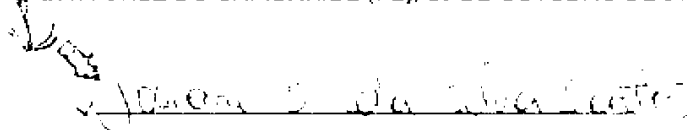
NOME: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: RG-10160003 SDS/PE -PE CPF: 131.781944-60
DATA DO ACIDENTE: 26/07/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS
ENDEREÇO: RUA SEVERINA CABRAL ARRUDA, Nº 99, DONA LICA,
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE

OUTORGADO

NOME: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 4.810.389 SSP/PE CPF : 945.234.444-04
ENDEREÇO: RUA:ROSEMIRO ALVES DA ROCHA, Nº 03, CENTRO –
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE).

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO NOMEIO E
CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO ACIMA QUALIFICADO A
QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE
CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE), 29 DE OUTUBRO DE 2019



ASSINATU

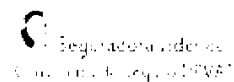
SAAL ALCIO FREITAS MIRANDA

RECONHECER I

Reconhecido por AUTENTICIDADE e FORMALIDADE de JOSEANE
Serafim da Silva Santos, Dou. 1º, Santa Cruz do Capibaribe
29/10/2019, 09:51. Total: 4.97. Em Testemunho
da Verdade
Adriana Moura da Silva Souza - Escrevente
Se. 1. 0159467-1/PX09201901-06133



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0400731/19
Vítima: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS
CPF: 131.781.944-60
CPF de: Próprio
Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A
Data do acidente: 26/07/2019
Titular do CPF: JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JOSEANE SERAFIM DA SILVA SANTOS : 131.781.944-60

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/11/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

