



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

### IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Isac Adelfino Nobre dos Santos  
DATA DO ACIDENTE 13/04/2019 CPF DA VITIMA 098.822.934-09  
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Boletim Seguros Federal S/A  
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VITIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM A VITIMA É procurador  
ENDEREÇO DO PORTADOR R. Benigno Dias  
Nº 288 COMPLEMENTO coza BAIRRO Paulista  
CIDADE Aparecida de São José - UF PE CEP 56800-000  
E-MAIL afloresdas.helenina@gmail.com TELEFONE (83) 99932-9089

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
(X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA  
(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

### DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS  
( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEBIMENTO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

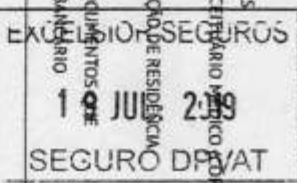
- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 27/6/19  
IDENTIDADE 2761780  
ASSINATURA [assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 18/02/15  
NOME [assinatura]  
ASSINATURA [assinatura]



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190438308 **Cidade:** Monteiro **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS **Data do acidente:** 13/04/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA TIBIA ESQUERDA

**Descrição do exame físico:** EM TRATAMENTO (OSTEOMIELITE AGUDA)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO.  
EVOLUINDO COM OSTEOMIELITE AGUDA  
EM TRATAMENTO

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Em tratamento

**Data do exame físico:** 12/11/2019

**Conduta mantida:** Sim

**Observações:** VÍTIMA EM TRATAMENTO, MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR. HÁ QUE SE AGUARDAR A ALTA MÉDICA DEFINITIVA APÓS TEREM SIDO ESGOTADOS TODOS OS TRATAMENTOS, INCLUSIVE OS FISIOTERÁPICOS. REAVALIAR EM 60 DIAS

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190438308 **Cidade:** Monteiro **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS **Data do acidente:** 13/04/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA TIBIA ESQUERDA

**Descrição do exame físico:** EM TRATAMENTO (OSTEOMIELITE AGUDA)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO.  
EVOLUINDO COM OSTEOMIELITE AGUDA  
EM TRATAMENTO

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Em tratamento

**Data do exame físico:** 12/11/2019

**Conduta mantida:** Sim

**Observações:** VÍTIMA EM TRATAMENTO, MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR. HÁ QUE SE AGUARDAR A ALTA MÉDICA DEFINITIVA APÓS TEREM SIDO ESGOTADOS TODOS OS TRATAMENTOS, INCLUSIVE OS FISIOTERÁPICOS. REAVALIAR EM 60 DIAS

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190438308 **Cidade:** Monteiro **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS **Data do acidente:** 13/04/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 30/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURAS COMINUTIVAS DA TÍBIA E DA FÍBULA ESQUERDA. P1

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. P7/20  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**  
**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190438308 **Cidade:** Monteiro **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS **Data do acidente:** 13/04/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 30/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA COMINUTIVA DA TÍBIA E DA FÍBULA ESQUERDAS. P1

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. P7/20  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**  
**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190438308 **Cidade:** Monteiro **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS **Data do acidente:** 13/04/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 31/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA COMINUTIVA DA TÍBIA E DA FÍBULA ESQUERDAS. P1

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. P7/20  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** @1SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS, brasileiro, solteiro, professor, residente e domiciliar no sítio caroá nº 770 bairro zona rural -IGUARACY -PE CEP 56840-000, portador do RG Nº 8814334 SDS/PE e CPF 098.822.934-09.

**Outorgado:** HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA, brasileira, estada civil casada, profissão autônoma, residente e domiciliado à Rua Henrique dias, nº 288, bairro centro AFOGADOS DA INGAZEIRA, Estado de PE CEP. 56.800.000, portadora do RG 2761780 SDS / PE e CPF nº 589.391.134-20

Por este instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado (a) seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do consócio seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS (a) ocorrido em 13/04/2019, conforme registro pelo B.O anexo ao processo..

Podendo dito (a) procurador (a), representar o (a) outorgante como se o (a) próprio (a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar declarações de endereço, assinar autorização de pagamento /credito de indenização de sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da indenização de sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

IGUARACY-PE, 10/05/2019.



OUTORGANTE

*Jose Adelmo Nobre dos Santos*

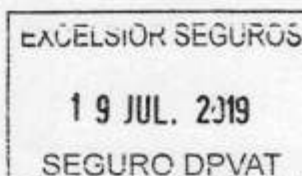
**CARTÓRIO UMBERTO GOMES**  
Praça Monsenhor Alfredo de Arruda Câmara, 187 - Centro  
CEP: 56800-000 - Afogados da Ingazeira (PE).  
Tel.: (87) 3838-3303 | e-mail: cartorioumbertogomes@gmail.com

Reconheço Por Autenticidade a firma de JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS e dou fé. Em testemunho da verdade. Emol. R\$ 3,39, TSNR R\$ 0,80, FERC R\$ 0,40 FERM R\$ 0,04 e FUNSEG R\$ 0,08, ISS: 0,20. Selo: 0150599.QRL03201901.02662 Consulte autenticidade em . 13/05/2019 11:31 - ANNA KARLA GOMES PATRIOTA - Escrevente

*Anna Karla Gomes Patriota*

Anna Karla Gomes Patriota  
Escrevente Substituto

**Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira**



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0246010/19

**Vítima:** JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS

**CPF:** 098.822.934-09

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 13/04/2019

**Titular do CPF:** JOSE ADELMO NOBRE  
DOS SANTOS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA : 589.391.134-20

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

### JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS : 098.822.934-09

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/07/2019  
Nome: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA  
CPF: 589.391.134-20

HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/07/2019  
Nome: SIMONE BARBOSA CORREIA  
CPF: 026.826.254-36

SIMONE BARBOSA CORREIA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0246010/19

**Número do Sinistro:** 3190438308

**Vítima:** JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS

**CPF:** 098.822.934-09

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 13/04/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/10/2019  
Nome: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA  
CPF: 589.391.134-20

HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2019  
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA  
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

---

**Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190438308**

**Vítima: JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 13/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSE ADELMO NOBRE DOS 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 31 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190438308

Vítima: JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS

Data do Acidente: 13/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 04 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190438308**

**Vítima: JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 13/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

---

**Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190438308**

**Vítima: JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 13/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA**

**Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS**

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 12/11/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: **098.822.934-09** Nome completo da vítima: **JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS**

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

Nome completo: **JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS** CPF: **098.822.934-09**

Profissão: **RECUSO** Endereço: **SITIO CAROÁ** Número: **770** Complemento: **CASA**

Bairro: **ZONA RURAL** Cidade: **IGUARACY** Estado: **PE** CEP: **56840-000**

E-mail: **AFOFARDAS.HELENITA@HOTMAIL.COM** Tel.(DDD): **87-99912-9089**

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

**RENDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA**

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **3315** **013** CONTA: **23438** **1**  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, **10/05/2019 IGUARACY-PE**

Nome: **JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS**

CPF: **098.822.934-09**

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

x *Jose Adeldo Nobre dos Santos*

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

*Helenita Siqueira - Helenita Siqueira*  
Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

**TESTEMUNHAS**

1ª | Nome: **EXCELSIOR SEGUROS**

CPF: \_\_\_\_\_ **19 JUL. 2019**

Assinatura **SEGURO DPVAT**

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

**EXCELSIOR SEGUROS**

**19 JUL. 2019**

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



GOVERNO DO ESTADO DA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
14ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA  
DELEGACIA DE POLÍCIA DE

Rua Maria Salete de Almeida Nunes, nº 67 - Centro - MONTEIRO - PB - 58500-000 - (83) 3351-2147

OCORRÊNCIA Nº 000470/19

### CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000470/19 registrada em 06/05/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos seis dias do mês de maio do ano de 2019, nesta cidade de MONTEIRO - PB, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE POLÍCIA DE MONTEIRO/PB, quando encontrava-se presente o Bel. PAULO ENIO RABELO DE VASCONCELOS FILHO, Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 10:11 horas, compareceu o Sr. JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS, com 28 anos de idade, filho de DAVI BALBINO DOS SANTOS e IRACI MARIA NOBRE DOS SANTOS, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de MONTEIRO - PB - PB, Solteiro, escolaridade Superior Completo, profissão PROFESSOR, portador da Cédula de Identidade Nº 8814334, expedido pela SSP-PE, com C.P.F. de Nº 09882293409, residindo à rua SITIO CARUÁ, bairro ZONA RURAL, na cidade de IGUARACI PE - PE, celular 87.8866.2136.

#### Declarou que:

Informa o declarante que no dia 13/04/2019, por volta das 10:30 horas, conduzia sua motocicleta na estrada de terra do Sítio Tíngui, neste município, quando em dado momento foi desviar de um buraco na estrada, colidiu com a moto em uma barreira e acabou caindo da mesma; Que devido a queda o declarante sofreu uma lesão grave na perna esquerda e foi socorrido pelo senhor Geneci Sabino da Silva que chegou no local minutos após o acidente, que o senhor Geneci tratou de ligar para o SAMU mas a ligação estava ruim e não atendeu, sendo que o senhor Geneci colocou o declarante em um carro e pediu para deixá-lo no Hospital Santa Filomena em Monteiro/PB; Que chegando ao mencionado Hospital foi imediatamente atendido por volta das 12:19 horas, foi medicado e colocado uma tala em sua perna; Que como o declarante reside no Estado de Pernambuco, solicitou uma ambulância de Afogados da Ingazeira/PE, que lhe conduzia para o Hospital Regional Emilia Câmara em Afogados da Ingazeira/PE, onde ficou internado por três dias e foi colocado uma tala de gesso em substituição da tala de plástico colocada anteriormente; Que no dia 16/04/2019 para o Centro Hospitalar Dr. José Evóide de Moura em Afogados da Ingazeira/PE, onde ficou internado para realização de cirurgia da perna, tendo como diagnóstico Pré-Operatório "Fratura de Tibia Esquerda" recebendo alta no dia 17/04/2019, ainda encontrando-se fazendo uso de muletas; Que é devidamente habilitado para conduzir motocicletas; Que a motocicleta envolvida no acidente a qual o declarante estava conduzindo é da marca Honda/CG 150 Titan, ano/mod. 2009/2009, cor cinza, placa KKG-9035/PE, chassi 9C2KC15209R023585, licenciada em nome do declarante; Que registra esta ocorrência para requerer o Seguro DPVAT. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, excepo a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

MONTEIRO - PB, Segunda-feira, 6 de Maio de 2019

*Jose Adelmo Nobre dos Santos*

JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS

Declarante

*Lido Bezerra de Freitas*

LIDO BEZERRA DE FREITAS

Escrivão



EXCELSIOR SEGUROS

19 JUL. 2019

SEGURO DPVAT

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: **098.822.934-09** Nome completo da vítima: **JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS**

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

Nome completo: **JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS** CPF: **098.822.934-09**

Profissão: **RECUSO** Endereço: **SITIO CAROÁ** Número: **770** Complemento: **CASA**

Bairro: **ZONA RURAL** Cidade: **IGUARACY** Estado: **PE** CEP: **56840-000**

E-mail: **AFOFARDAS.HELENITA@HOTMAIL.COM** Tel.(DDD): **87-99912-9089**

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

**RENDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA**

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **3315** **013** CONTA: **23438** **1**  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data, **10/05/2019 IGUARACY-PE**  
Nome: **JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS**  
CPF: **098.822.934-09**

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

x *Jose Adeldo Nobre dos Santos*  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

*Helenita Siqueira - Helenita Siqueira*  
Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

**EXCELSIOR SEGUROS**  
**19 JUL. 2019**  
Assinatura  
**SEGURO DPVAT**

2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

**EXCELSIOR SEGUROS**  
**19 JUL. 2019**  
**SEGURO DPVAT**

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

Registro: 3467 Nome: JOSE ADELMO DOS SANTOS Data de nasc.: 20/10/90

Médico solíc.: A HREC CRM: 2012

Data do atend.: 13/04/2019 Hora: 20:56

## CONSULTA ORTOPÉDICA

### Anamnese Médica / Evolução Clínica:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM QUEIXA DE DOR EM PERNA E PÉ ESQUERDO .NEGA SÍNCOPE, VÔMITOS.

PACIENTE EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS.

AO EXAME> BEG, ORIENTADO, CONSCIENTE, EUPNEICO, AAA

AUSENCIA DE DOR A PALPAÇÃO DA APNTURRILHA E A DORSOFLEXÃO DOS DEDOS.

### Exame Físico:

BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, AAA

DOR A PALPAÇÃO/MANIPULAÇÃO DA PERNA ESQUERDA EM SEU 1/3 DISTAL ASSOCIADO A PRESENÇA DE EMPASTAMENTO DA PANTURRILHA.

AUSENCIA DE DOR A PALPAÇÃO DA PANTURRILHA E A DORSOFLEXÃO DO PÉ.

ADM DIMINUÍDA

NRV PRESERVADO

PRESENÇA DE EDEMA E ESCORIAÇÃO NO PÉ ESQUERDO.

### Resultados de Exames:

RX>FRATURA COMINUTA TÍBIA/FÍBULA ESQUERDA.

### Conduta:

ANALGESIA

ORIENTAÇÕES

TALA INGUINO MALEOLAR

OBSERVAÇÃO DEVIDO EDEMA INTENSO DA PANTURRILHA

14/04/2019

PACIENTE EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS, ENCAMINHO PARA SERVIÇO DE ORIGEM PARA AGUARDAR REGULAÇÃO PARA CIRURGIA, CONFORME ORIENTAÇÃO DA DIREÇÃO DESTA HOSPITAL.

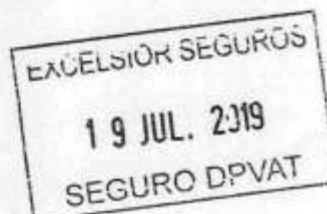
### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S822 FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA | COM OU SEM MENÇÃO DE FRATURA DA PERÔNIO [FÍBULA]

Óbito: Não

  
Dr. EUGENIO PERICLES MUNIZ FERREIRA

CRM: 20410



# 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: 05/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03315

CONTA: 000000023438-1

---

Nr. da Autenticação A58487A83E361226





## NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-002  
CNPJ 10.636.832/0001-08 | Insc. Est. 0055943-92 | www.celpe.com.br

## DADOS DO CLIENTE

JOAO VIANEY V SILVA MERCEARIA ME

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA HENRIQUE DIAS 288

CNPJ: 70 221 486/0001-73

CENTRO AFOGADOS DA INGAZEIRA  
AFOGADOS DA INGAZEIRA PE  
56800-000

## CLASSIFICAÇÃO

BE COMERCIAL  
COMERCIAL

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7008375172	06/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE FÉTIMO DE FÁTIMO
21/06/2019	15/07/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	210,1

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
055765987	UNICA	13/06/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA REESTRUTURAÇÃO
13/06/2019	2011844471	8950

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR
Consumo Ativo (kWh)	214,0000000	0,74193579	
Acréscimo Bandeira AMARELA			
Contrib. Ium. Pública Municipal			
ICMS Subvenção-COE-NF 064517299-16/03/19			
ICMS Subvenção-COE-NF 058155360-15/04/19			
Multa por atraso-NF 058155360-15/04/19			
Multa por atraso-NF 061948020-15/05/19			
Juros por atraso-NF 061948020-15/05/19			
Juros por atraso-NF 058155360-15/04/19			
Atualização IGPM-NF 061948020-15/05/19			
Atualização IGPM-NF 058155360-15/04/19			

## TOTAL DA FATURA

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONDIÇÃO
73328	CAT	15-06-2019	71 220 00	13-06-2019	71 444 00	28	1,00000

HISTÓRICO DE CONSUMO	DECOMPOSIÇÃO DE TÁRIFAS	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
Mês/Ano kWh		
JUN 19 214		Geração de Energia R\$ 57,69
MAI 19 284	ICMS 180,28 25,00 40,09	Transmissão R\$ 6,25
ABR 19 320	PIS 180,28 0,17 9,27	Distribuição (Celpe) R\$ 37,32
MAR 19 351	COPINS 180,28 0,79 1,26	Perdas de Energia R\$ 11,86
FEV 19 436		Encargos Setoriais R\$ 8,03
JAN 19 519		Tributos R\$ 41,62
DEZ 19 458		Total R\$ 96,34
NOV 19 445		
OUT 19 421		
SET 19 306		
AGO 19 314		
JUL 19 384		
JUN 19 381		

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Registre-se no site www.celpe.com.br para acessar o sistema de atendimento ao cliente e realizar o pagamento da fatura. Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br. O cliente é responsável por manter a fatura em vigor e atualizada. A fatura é emitida em nome do titular da conta e não pode ser transferida para terceiros. A fatura é emitida em nome do titular da conta e não pode ser transferida para terceiros. A fatura é emitida em nome do titular da conta e não pode ser transferida para terceiros.

EXCELSIOR SEGUROS

19 JUL. 2019

SEGURO DPVAT

Atividade: 05, 06, 07, 08, 09, 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, 00.

DURAÇÃO E PREVIDÊNCIA DESEMPREGO					NÍVEL DE TENSÃO	
CONTRATO	VALOR APLICADO R\$/1000	LIMITE ANUAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO MINIMO MAXIMO
010	AFOGADOS DA INGAZEIRA	0,00	0,00	12,08	34,12	200 200
010		0,00	3,36	5,72	12,46	350 350
010		0,00	2,54	0,00	0,00	

Limite DCM: 12,22 ELC - Valor do Encargo de Utilidade Sistema de Distribuição - PE 03,85

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7008375172	06/2019	21/06/2019	21

83880000002-0 10910011007-0 00837517210-1 1403193740



Registro: 3467 Nome: JOSE ADELMO DOS SANTOS Data de nasc.: 20/10/90

Médico solíc.: A HREC CRM: 2012

Data do atend.: 13/04/2019 Hora: 20:56

## CONSULTA ORTOPÉDICA

### Anamnese Médica / Evolução Clínica:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM QUEIXA DE DOR EM PERNA E PÉ ESQUERDO .NEGA SÍNCOPE, VÔMITOS.

PACIENTE EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS.

AO EXAME> BEG, ORIENTADO, CONSCIENTE, EUPNEICO, AAA

AUSENCIA DE DOR A PALPAÇÃO DA APNTURRILHA E A DORSOFLEXÃO DOS DEDOS.

### Exame Fisico:

BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, AAA

DOR A PALPAÇÃO/MANIPULAÇÃO DA PERNA ESQUERDA EM SEU 1/3 DISTAL ASSOCIADO A

PRESENÇA DE EMPASTAMENTO DA PANTURRILHA.

AUSENCIA DE DOR A PALPAÇÃO DA PANTURRILHA E A DORSOFLEXÃO DO PÉ.

ADM DIMINUÍDA

NRV PRESERVADO

PRESENÇA DE EDEMA E ESCORIAÇÃO NO PÉ ESQUERDO.

### Resultados de Exames:

RX>FRATURA COMINUTA TÍBIA/FÍBULA ESQUERDA.

### Conduta:

ANALGESIA

ORIENTAÇÕES

TALA INGUINO MALEOLAR

OBSERVAÇÃO DEVIDO EDEMA INTENSO DA PANTURRILHA

14/04/2019

PACIENTE EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS, ENCAMINHO PARA SERVIÇO DE ORIGEM PARA


AGUARDAR REGULAÇÃO PARA CIRURGIA, CONFORME ORIENTAÇÃO DA DIREÇÃO DESTE

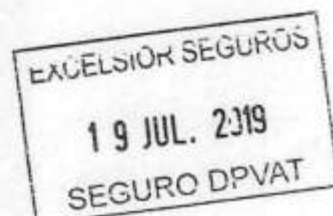
HOSPITAL.

### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S822 FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA | COM OU SEM MENÇÃO DE FRATURA DA PERÔNIO [FÍBULA]

Óbito: Não

  
Dr. EUGENIO PERICLES MUNIZ FERREIRA  
CRM: 20410





GOVERNO DO ESTADO  
*Pernambuco*



Sistema  
União  
de Saúde



Registro: 3467 Nome: JOSE ADELMO DOS SANTOS Data de nasc.: 20/10/90  
Médico solíc.: A HREC CRM: 2012

Data do atend.: 13/04/2019 Hora: 20:56

## CONSULTA ORTOPÉDICA

### Anamnese Médica / Evolução Clínica:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM QUEIXA DE DOR EM PERNA E PÉ ESQUERDO .NEGA SÍNCOPE, VÔMITOS.

PACIENTE EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS.

AO EXAME> BEG, ORIENTADO, CONSCIENTE, EUPNEICO, AAA

AUSENCIA DE DOR A PALPAÇÃO DA APNTURRILHA E A DORSOFLEXÃO DOS DEDOS.

### Exame Físico:

BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, AAA

DOR A PALPAÇÃO/MANIPULAÇÃO DA PERNA ESQUERDA EM SEU 1/3 DISTAL ASSOCIADO A PRESENÇA DE EMPASTAMENTO DA PANTURRILHA.

AUSENCIA DE DOR A PALPAÇÃO DA PANTURRILHA E A DORSOFLEXÃO DO PÉ.

ADM DIMINUÍDA

NRV PRESERVADO

PRESENÇA DE EDEMA E ESCORIAÇÃO NO PÉ ESQUERDO.

### Resultados de Exames:

RX>FRATURA COMINUTA TÍBIA/FÍBULA ESQUERDA.

### Conduta:

ANALGESIA

ORIENTAÇÕES

TALA INGUINO MALEOLAR

OBSERVAÇÃO DEVIDO EDEMA INTENSO DA PANTURRILHA

14/04/2019

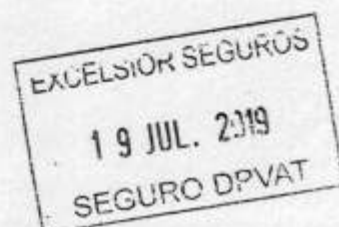
PACIENTE EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS, ENCAMINHO PARA SERVIÇO DE ORIGEM PARA AGUARDAR REGULAÇÃO PARA CIRURGIA, CONFORME ORIENTAÇÃO DA DIREÇÃO DESTE HOSPITAL.

### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S822 FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA | COM OU SEM MENÇÃO DE FRATURA DA PERÔNIO [FÍBULA]

Óbito: Não

Dr. EUGENIO PERICLES MUNIZ FERREIRA  
CRM: 20410





Pernambuco



SUS  
Sistema Único de Saúde



Pernambuco



SUS  
Sistema Único de Saúde



**NOME:** JOSE ADELMO DOS SANTOS

**DATA:** 13/04/2019

## SOLICITAÇÃO DE EXAMES

ECG + RISCO CIRÚRGICO

HD>FRATURA DIÁFISE TÍBIA ESQUERDA

*[Handwritten signature]*  
Dr. Eugênio Muniz  
CRM: 20410  
13 ABR. 2019

Dr. EUGENIO PERICLES MUNIZ FERREIRA  
CRM : 20410

**HOSPITAL REGIONAL EMÍLIA CÂMARA**

Rua Manoel Virgínio Sobrinho, 156 - 238 - Pe. Pedro Pereira - Afogados da Ingazeira/PE  
CEP: 56800-000 - CNPJ: 10.583.920/0010-24 | Fone: (87) 3838-8868 | [www.hrec.org.br](http://www.hrec.org.br)

**HOSPITAL REGIONAL EMÍLIA CÂMARA**

Rua Manoel Virgínio Sobrinho, 156 - 238 - Pe. Pedro Pereira - Afogados da Ingazeira/PE  
CEP: 56800-000 - CNPJ: 10.583.920/0010-24 | Fone: (87) 3838-8868 | [www.hrec.org.br](http://www.hrec.org.br)



Centro Hospitalar Dr. José Evóide de Moura

Registro nº \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

ENFERMARIA: \_\_\_\_\_

LEITO Nº \_\_\_\_\_

*Appt. 01*

NOME: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_

NATURALIDADE \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_

Nº DOCUMENT \_\_\_\_\_

PRONTUARIO: 00155781  
NOME: JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS  
END: SITIO CARUA, No: 0  
BAIRRO: ZONA RURAL  
CID.: IGUARACI-PE  
Nasc: 20/10/1990 Idade: 28 Anos, 6 Meses  
Mae: IRACI MARIA NOBRE DOS SANTOS  
Pai: DAVI BALBINO DOS SANTOS  
Profissao: PROFESSOR  
Unidade: POSTO 1/CIRURGICA  
Servico: CLINICA CIRURGICA DE HOMEM  
Medico: FRANCISCO ERLANDIO DE MELO JUNIOR  
C.N.S:

REGISTRO: 00232940  
SEXO: MASCULINO  
EST. CIVIL: SOLTEIRO(A)  
CEP: 56.840-000  
FONE: 87-991045902

CIVIL: \_\_\_\_\_

Convenio: PARTICULAR  
D. Inter.: 16/04/2019 às 12:01  
Enf.:  
CRM: 15940  
Carteira:

*4/*

PAI: \_\_\_\_\_

MÃE: \_\_\_\_\_

Nº DOCUMENTO: CPF: *098.822.934.09*

FONE: \_\_\_\_\_

INTERNADO POR ORDEM DE: *Dr. Francisco*

ASS. DO MÉDICO - CRM

LOCAL DO ACIDENTE \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_

NATUREZA DO ACIDENTE:

- ☐ CASUAL  
☐ QUEDA  
☐ ACIDENTE DE TRABALHO  
☐ ACIDENTE DO TRÂNSITO

- ☐ INTOXICAÇÃO  
☐ AGRESSÃO  
☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO  
☐ OUTRAS CAUSAS

☐ CLÍNICA

☒ CIRÚRGICO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO \_\_\_\_\_

PRESSÃO ARTERIAL \_\_\_\_\_

MX \_\_\_\_\_

NN \_\_\_\_\_

PULSO \_\_\_\_\_

BPM \_\_\_\_\_

TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ °C

PESO: \_\_\_\_\_

QUEIXA PRINCIPAL

*Paciente sofreu trauma na perna E, com dores, edema e hiperestesia.*

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

*Hiperestesia na perna E, com impotência funcional.*

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

PACIENTE

RESPONSÁVEL

ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA

ATENÇÃO MÉDICA

# EXAME FÍSICO

Inspeção:

Palpação:

Ausculta:

Hipótese Diagnóstica:

Fratura do Tibio E.

Alta

## Condições de Alta

Curado ☐

Melhorando ☒

Inalterado ☐

Piorado ☐

Óbito ☐

Transferido para

Tempo de Permanência Hospitalar \_\_\_\_\_ dias

Óbito em

Hora

+ 48 Horas ☐

- 48 Horas ☐

Motivo:

Decisão Médica ☒

Alta Pedida ☐

Transferência ☐

Indisciplina ☐

Diagnóstico definido

Fratura do Tibio E.

Tratamento

Redução aberta + osteossíntese.

Diagnóstico anátomo-Paratológico

Data

17, 04, 19.

Ass. do Médico - CRM

e Carimbo ou Nome do Médico em letra de forma

# FICHA DE ANESTESIA

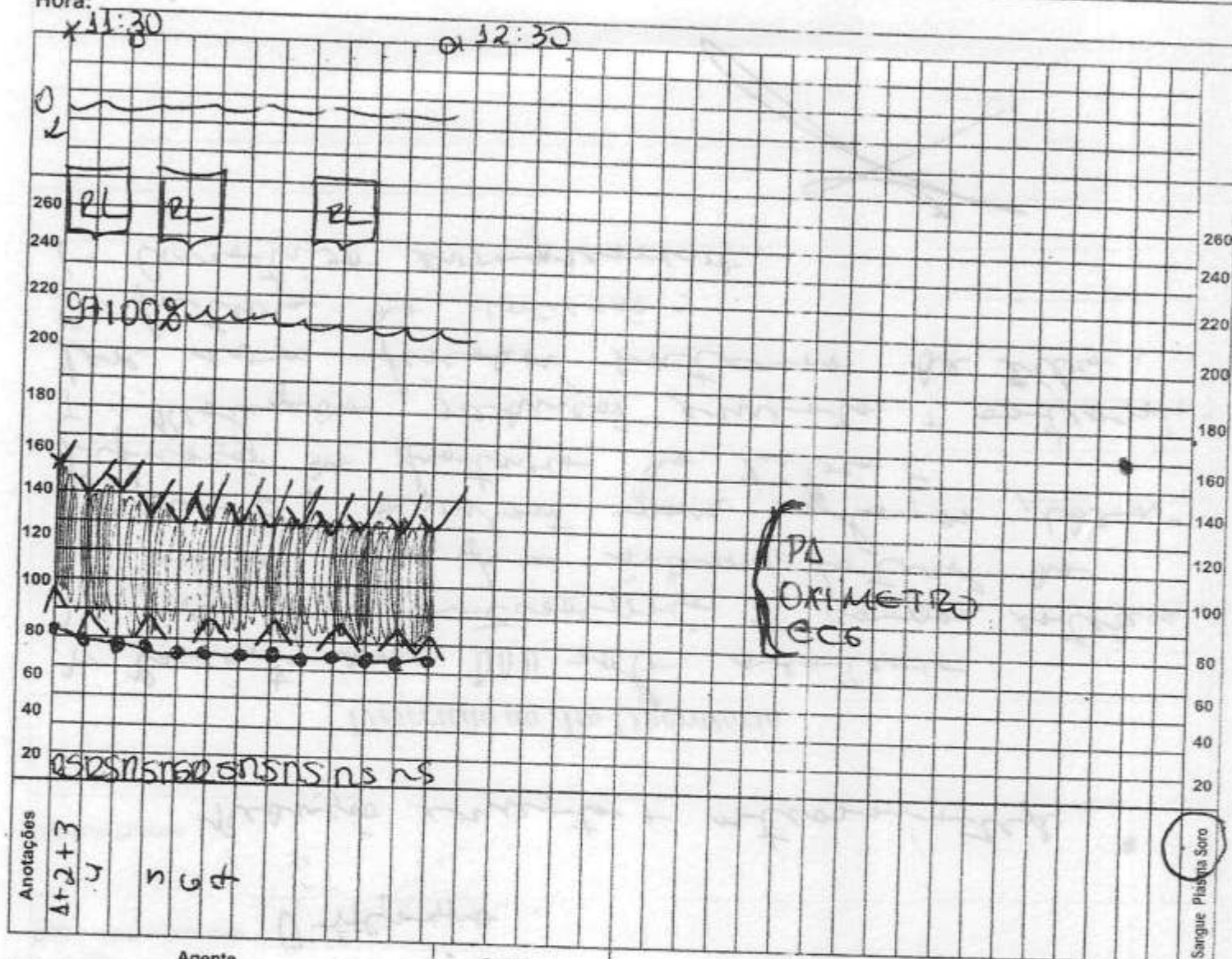
Nome: João Alberto Nobre Lemos

Data: 16, 04, 79.

Premedicação: \_\_\_\_\_

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

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



Agente

- 1) Midazolam
- 2) Neoc. isobarica
- 3) Demox
- 4) Cefalotina
- 5) Nauseidion
- 6) Dipirona
- 7) Tebexicam
- 8) Efortil 01 Amp
- 9) Ahopina 02 Amps

Quant.

- 1) 5mg
- 2) 12.5mg
- 3) 0.25mg
- 4) 2g
- 5) 8mg
- 6) 2g
- 7) 40mg
- 8) —
- 9) —

Técnica e tipo de Anestesia

Rapida anestesia med simples  
L3/L4 Ag constante 80 x 27. lcl  
limpido

Duração da Op.: 50' Duração de Anest.: 1:00 h

Cond. no final da Op.: \_\_\_\_\_

Resultado BRM Consciência: \_\_\_\_\_

Observação: \_\_\_\_\_

Dr. João de Jesus  
CRM 11.111  
RPP 70.700.000

Assinatura do Anestesiista

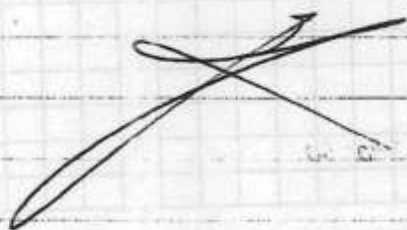
*[Signature]*

## Relatório de Operação

Nome do Paciente: José Adelino Nogueira Fortes.		Numero do Registro: 155281
Clinica: Traumatologia	Numero do Leito:	
Operador: Francisco E. Melo Jr.		
1º Assistente:	2º Assistente:	
Instrumentador:	Anestesista: Leício	
Anestesia:	Duração:	
Data da Operação: 16/04/19	Início:	Fim:
Diagnóstico Pré-Operatório: Fraturas da Tíbia E.		
Diagnóstico Pós-Operatório: O mesmo.		
Operação Proposta: Ressecção cuneata + osteossíntese.		

### Descrição do Ato Operatório

- 1- Paciente em DDH sob anestesia.
- 2- Anestesia + antissepsia + campos estéreis.
- 3- Incisão na face interno-lateral da perna E, dissecção para o local, identificação da fratura da tíbia E.
- 4- Realizada ressecção cuneata + osteossíntese com fios de aço externo de tíbia.
- 5- Fechamento da incisão.
- 6- Curativo compressivo.





# CENTRO HOSPITALAR DR. JOSÉ EVÓIDE DE MOURA

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome do Paciente:

José Sachin Nobre Lortor

Registro Nº: 155781

Clínica:

Ortopedia

Enf:

Leito Nº:

DATA HORA

16/04/19

EVOLUÇÃO

HD: Fratura da tíbia E.

Realizado punção comento + osteossintese.

CD: Solicito RX controle.

17/04/19

7º DPV

Paciente evolui bem, sem dor.

RX controle com boa  
guarnição

CD: Alta hospitalar.



## HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

## 1. Identificação

Nome: Jonas de Jesus Registro: 232940  
Data de admissão: 16/04/2019 Leito: 41:01 Idade: 28 Sexo: ☒ M ☐ F.

## 2. Queixa principal e História da doença atual

fratura de fêmur

## 3. Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Definitivo

## 4. Antecedentes Pessoais:

☐ Cardiopatias ☐ Doenças degenerativas ☐ Infecções ☐ Obesidade ☐ Tumor  
☐ Distúrbios psiquiátricos ☐ Alcoolismo ☐ Diabetes ☐ HIV ☐ Tuberculose  
☐ Uso de drogas ☐ Outros

## NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

## 5. Exame Físico

## 5.1 Estado Geral:

☐ Grave ☒ Hidratado ☒ Normocrômico ☒ Anorexia ☐ Pálido  
☒ Regular ☐ Desidratado ☐ Policrômico ☐ Cianoótico  
☐ Bom ☐ Anasarca ☐ Hipercrômico  
Tegumento/Pele:

## 5.2 Avaliação neurológica:

Nível de consciência:

☒ Consciente ☐ Sonolento ☐ Lúcido ☐ Grogue ☐ Desorientado ☐ Comatado ☐ Sub-vegetal

## 5.3 Sistema Respiratório

☐ Contínua ☒ Espontânea ☐ Suporte Mecânico

☒ Eupnéico ☐ Dispneico ☐ Espontânea  
O2 suplementar: 02 L/min Cateter nasal ☐ Sim ☒ Não ☐ Máscara ☐ Local  
Dreno torácico ☐ Sim ☒ Não

Aspecto da drenagem:

Murmúrios Vesiculares: ☒ Presente ☐ Ausente ☐ Diminuído ☐ Local  
Ruidos Adventícios: ☒ Ronco ☐ Sibilos ☐ Estridor ☐ Local  
Tosse: ☐ Presente ☒ Ausente ☐ Seca ☐ Productiva

## 5.4 Sistema Cardiovascular:

Ritmo Cardíaco: ☒ Regular ☐ Irregular ☐ Arritmia  
Pulsos: ☐ Faltante ☒ Cheio ☐ Ausente

## 5.5 Sistema Gastrointestinal:

Abdome: ☐ Flácido ☐ Tenso ☐ Deformado ☐ Doloroso ☐ Plano ☒ Glóbulo  
Ascites:

Ruidos Hidropericos: ☒ Presente ☐ Ausente ☐ Hiperativos ☐ Hiposativos ☐ RNG ☐ SNE ☐ SGO ☐ Gargagem ☐ Drenagem  
Eliminações Intestinais: ☐ Constipação ☐ Diarreia ☒ Normais ☐ Húctas ☐ Melena ☐ Hemorragia

Êmese:

## 5.6 Sistema Gênito-urinário:

Diurese: ☒ Presente ☐ Ausente ☐ Espontânea ☐ SVD ☐ SVA ☐ Cateterismo ☐ Urineta  
Aspecto:

## 5.7 Sistema Musculoesquelético:

Mobilidade: ☒ Ativa ☐ Passiva

Momentos Conservados: ☒ Sim ☐ Não  
Força Motora Conservada: ☒ Sim ☐ Não ☐ Local

MMSS:

MMI:

Observações do enfermeiro:

## Necessidades Psicossociais

Atitudes: ☐ Cooperativo ☐ Não cooperativo ☐ Agitado ☐ Choro ☒ Calmo ☐ Ansioso  
Nível socio-econômico, Classe social: ☐ Alta ☐ Média ☒ Baixa  
Condições de Moradia:

## NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

Necessidades de acompanhamento espiritual: ☐ Sim ☒ Não  
Aceita visita para acompanhamento religioso: ☐ Sim ☒ Não

Data: 16/04/19

Mayara Karine da Silva Moura  
COREN-PE 561013-ENF

Mayara  
Enfermeira COREN



SISTEMATIZAÇÃO ASSISTÊNCIA ENFERMAGEM  
SAE  
CLÍNICA MÉDICA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: José Adilson Gomes dos Santos

SEXO: M

ENF.: Apt-01

LEITO:

DATA: 16/04/19

DADOS VITAIS					DRENAGENS					NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	
HORÁRIO	12	18	24	06	HORÁRIO	12	18	24	06	( ) CONSCIENTE	( ) ALERTA
PA					DIURESE					( ) SEDADO	( ) SONOLENTO
T					SNG					( ) TORPOROSO	( ) COMATOSO
P					DRENO TORAX					( ) INCONSCIENTE	OUTROS: _____
R					OUTROS						
SpO2					TOTAL						
HGT											

SISTEMA RESPIRATÓRIO

RESPIRAÇÃO	SUORTE VENTILATÓRIO	SECREÇÃO TRAQUEAL	VIA RESPIRATÓRIA
(X) EUPNEICO ( ) DISPNEICO	(X) ESPONTÂNEAS ( ) VM ( ) CATETER O <sup>2</sup> ( ) VENTURI	( ) SIM (X) NÃO	( ) TRAQUEOSTOMIA

SISTEMA CARDIOVASCULAR

BATIMENTOS CARDÍACOS	PULSO	PA	DROGAS VASOATIVAS	CATETER CENTRAL
(X) REGULAR ( ) IRREGULAR	(X) NORMOSFÍGMICOS ( ) BRADISFÍGMICO ( ) TRAQUISFÍGMICO	(X) NORMOTENSO ( ) HIPERTENSO ( ) HIPOTENSO	( ) SIM ( ) NÃO TIPO: _____	VSC: D ( ) E ( ) VJI: D ( ) E ( ) PVC: _____

SISTEMA DIGESTIVO

ABDOMEN	DIETA	EVACUAÇÕES	DRENAGEM ABDOMINAL
TIPO DE ABDOME (X) GLOBOSO ( ) PLANO	RUIDOS HIDROAÉREOS (X) PRESENTE ( ) AUSENTE	(X) V. O. ( ) SNE ( ) SNG ( ) PARENTERAL	(X) NORMAIS ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) DIARRÉIA ( ) MELENA
			( ) PENROSE ( ) OSTOMIA ( ) NENHUMA TIPO: _____

SISTEMA GENITO-URINÁRIO

DIURESE ESPONTÂNEA	SVD	GENITÁLIA ÍNTEGRA	ASPECTO DA URINA
(X) SIM ( ) NÃO	( ) SIM (X) NÃO	(X) SIM ( ) NÃO	(X) CONCENTRADA ( ) LÍMPIDA
			(X) CÍTRICO ( ) COLÚRICA ( ) HEMATÚRIA
			( ) ANÚRIA ( ) POLIÚRIA ( ) PIÚRIA

AValiação DA PELE

AValiação DA PELE	FERIDA OPERATÓRIA
(X) HIDRATADA ( ) DESIDRATADA ( ) NORMOCORADA ( ) HIPOCORADA	( ) ICTÉRICA (X) ANICTÉRICA ( ) CIANÓTICA ( ) EDEMACIADA ( ) HEMATOMA ( ) ESCORIADA
	( ) ULCERA PI PRESSÃO LOCAL: _____ GRAU: _____
	CURATIVOS (X) SIM ( ) NÃO
	ASPECTO (X) LÍMPIDA ( ) INFECTADA
	EXSUDATO ( ) PRESENTE ( ) AUSENTE ASPECTO: _____

OSTEO ARTICULAR

IMOBILIZAÇÃO	PERFUSÃO MEMBRO IMOBILIZAÇÃO
(X) SIM ( ) NÃO	LOCAL ( ) MSD ( ) MSE (X) MID
	( ) NORMAL ( ) CIANÓTICO

NOME: Jose Adeline madre dos Santos

- ☐ ALERGIA A \_\_\_\_\_
- ☒ ANSIEDADE
- ☐ COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
- ☐ CONFUSÃO AGUDA
- ☐ CONSTIPAÇÃO
- ☐ DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
- ☐ DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO/HIGIENE
- ☐ DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA HIGIENE ÍNTIMA
- ☐ DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA ALIMENTAÇÃO
- ☐ DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DAS VIAS AÉREAS
- ☒ DOR AGUDA
- ☐ DIARRÉIA
- ☐ EXCESSO DO VOLUME DE LÍQUIDO
- ☐ HIPOTERMIA
- ☐ HIPERTERMIA
- ☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
- ☐ INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
- ☐ MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
- ☐ MUCOSA ORAL PREJUDICADA
- ☐ NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS
- ☐ PADRÃO DO SONO PERTURBADO
- ☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
- ☐ PERFUSÃO TISSULAR PERIFÉRICA INEFICAZ
- ☐ PERFUSÃO TISSULAR RENAL INEFICAZ
- ☐ RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO
- ☐ RISCO PARA QUEDA
- ☒ RISCO PARA INFECÇÃO
- ☐ RISCO PARA ASPIRAÇÃO
- ☐ RISCO PARA DISFUNÇÃO NEUROVASCULAR PERIFÉRICA
- ☐ RISCO PARA TEMPERATURA CORPORAL DESEQUILIBRADA
- ☐ RISCO DE PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
- ☐ RISCO PARA SÍNDROME DE DESUSO
- ☐ RISCO PARA NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS
- ☐ RISCO PARA VOLUME DE LÍQUIDO DESEQUILIBRADO
- ☐ RISCO PARA HIPOGLICEMIA E / OU HIPOGLICEMIA
- ☐ SÍNDROME DO DÉFICIT NO AUTOCUIDADO
- ☐ VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA
- ☐ VOLUME DE LÍQUIDO EXCESSIVO
- ☐ VOLUME DE LÍQUIDO DEFICIENTE
- OUTROS \_\_\_\_\_

*Karine da Silva Moura*  
COREN-PE 561013-ENF

SISTEMATIZAÇÃO ASSISTÊNCIA ENFERMAGEM  
SAE

ENF:

LEITO: 101

DATA: 16/04/2019

NOME: José Adilmo sobre dos Santos

## PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

		HORÁRIO
X	REALIZAR LAVAGEM DAS MÃOS ANTES E APÓS QUALQUER PROCEDIMENTO	ROTINA
X	RESPEITAR PRECAUÇÕES E USO DE EPI'S CONFORME ROTINA DA CCIH	ROTINA
X	EXPLICAR PROCEDIMENTOS ANTES DE REALIZÁ-LOS	ROTINA
X	MANTER PROCEDIMENTOS DATADOS, IDENTIFICADOS E FIXADOS	ROTINA
X	DIMINUIR RUÍDOS AMBIENTAIS E ILUMINAÇÃO À NOITE	ROTINA
X	ELEVAR GRADES LATERAIS DA CAMA	ROTINA
X	TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO CONFORME PROTOCOLO	ROTINA
X	ASSINAR E CARIMBAR TODOS REGISTROS DE ENFERMAGEM	ATENÇÃO
X	ADMINISTRAR MEDICAÇÕES E FLUÍDOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA	ATENÇÃO
X	COMUNICAR SE TEMPERATURA <35,8° OU >37,2°	ATENÇÃO
X	PROPORCIONAR AQUECIMENTO EXTERNO SE TEMPERATURA <36°C E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	REALIZAR COMPRESSAS FRIAS SE TEMPERATURA >37,4c E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	CONSIDERAR PERDAS EXTRAORDINÁRIAS (FEBRE, VÔMITO, DIARRÉIA, DRENOS E SONDAS)	ATENÇÃO
X	OBSERVAR, ANOTAR E COMUNICAR FREQUENCIA NÁUSEAS E VÔMITOS	ATENÇÃO
X	REGISTRAR FREQUÊNCIA DE EVACUAÇÕES E ASPECTO OU AUSÊNCIA E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	OBSERVAR E ANOTAR DÉBITO URINÁRIO E SUAS CARACTERÍSTICAS, COMUNICAR ALTERAÇÕES	ATENÇÃO
X	OBSERVAR E ANOTAR PADRÃO VENTILATÓRIO, COMUNICAR ALTERAÇÕES	ATENÇÃO
X	OBSERVAR EM EXTREMIDADES; CIANOSE, PERFUSÃO, TEMPERATURA, COMUNICAR ALTERAÇÕES	ATENÇÃO
X	OBSERVAR PRESENÇA DE EDEMA EM MMSS E MMII, SE EDEMACIADOS ELEVÁ-LOS E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	OBSERVAR SINAIS DE DOR (TAQUICARDIA, HIPERTENÇÃO, DIAFORESE, TAQUIPNEIA) E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	EM CASO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO FORA DO HORÁRIO PRESCRITO CHECAR NOVO HORÁRIO E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	REGISTRAR REAÇÃO ADVERSA QUE O PACIENTE POSSA TER APÓS MEDICAÇÃO E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	REALIZAR, OBSERVAR PRECISÃO DA INFUSÃO DE SOROS A CADA 3 HORAS	ATENÇÃO
X	REALIZAR E OBSERVAR SSVV DE 06:00h	ATENÇÃO
	ASPIRAR SNG/SNE ANTES DE INSTALAR AS DIETAS, LAVAR SONDAS APÓS A DIETA	
	ASPIRAR VAS/TOT/TRAQUEOSTOMO / H E TOALETE BRÔNQUICA S/N	
	COLOCAR / MANTER COLCHÃO CAIXA DE OVO E USAR BLOCOS DE ESPUMA PARA APOIO	
	COMUNICAR SE SPO <sub>2</sub> <92% SECRETARIA DE	
✓	CONFERIR CUIDADOSAMENTE ENTRADA / SAÍDA NO BALANÇO HÍDRICO	Atenção
	CONTER MMSS E /OU MMII SE APRESENTAR AGITAÇÃO	
	HIDRATAR E MASSAGEAR PELE 03 X AO DIA E A CADA MUDANÇA DE DECÚBITO	
✓	INSTALAR DIETA RIGOROSAMENTE NOS HORÁRIOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA / NUTRIÇÃO	Atenção
	INTERROMPER FLUXO DE DIETA DURANTE PROCEDIMENTOS	
	MANTER CABECEIRA ELEVADA A GRAUS PARA REPOUSO, E GRAUS PARA INFUSÃO	
	MINISTRAR OXIGÊNIO TERAPIA L/M - UMIDIFICADA S/N	
✓	OBSERVAR E ANOTAR COMPORTAMENTO NEUROLÓGICO, COMUNICAR ALTERAÇÕES	Comunicação
	PROTEGER PROEMINÊNCIAS ÓSSEAS	
	REALIZAR CURATIVO X AO DIA EM REGIÃO:	
	REALIZAR HGT DE / COMUNICAR SE HGT <70 MG/DL OU HGT >150MG/DL	
	REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO A CADA 02 HORAS	
	REALIZAR / AUXILIAR NA HIGIENE CORPORAL 01 X AO DIA E S/N	
	REALIZAR / AUXILIAR NA HIGIENE ORAL E OCULAR 02 X AO DIA	
	TROCAR AMBU A CADA 24 HORAS OU QUANDO NECESSÁRIO	
	TROCAR CIRCUITO DA LINHA ARTERIAL CONFORME PROTOCOLO	
	TROCAR UMIDIFICADOR/ FILTRO A CADA 07 DIAS OU QUANDO NECESSÁRIO HOJE ( )SIM ( ) NÃO	

NOME: José Adelineinho macho dos Santos

- ☐ ALERGIA A \_\_\_\_\_
- ☒ ANSIEDADE
- ☐ COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
- ☐ CONFUSÃO AGUDA
- ☐ CONSTIPAÇÃO
- ☐ DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
- ☐ DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO/HIGIENE
- ☐ DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA HIGIENE ÍNTIMA
- ☐ DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA ALIMENTAÇÃO
- ☐ DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DAS VIAS AÉREAS
- ☒ DOR AGUDA
- ☐ DIARRÉIA
- ☐ EXCESSO DO VOLUME DE LÍQUIDO
- ☐ HIPOTERMIA
- ☐ HIPERTERMIA
- ☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
- ☐ INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
- ☐ MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
- ☐ MUCOSA ORAL PREJUDICADA
- ☐ NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS
- ☐ PADRÃO DO SONO PERTURBADO
- ☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
- ☐ PERFUSÃO TISSULAR PERIFÉRICA INEFICAZ
- ☐ PERFUSÃO TISSULAR RENAL INEFICAZ
- ☐ RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO
- ☐ RISCO PARA QUEDA
- ☒ RISCO PARA INFECÇÃO
- ☐ RISCO PARA ASPIRAÇÃO
- ☐ RISCO PARA DISFUNÇÃO NEUROVASCULAR PERIFÉRICA
- ☐ RISCO PARA TEMPERATURA CORPORAL DESEQUILIBRADA
- ☐ RISCO DE PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
- ☐ RISCO PARA SÍNDROME DE DESUSO
- ☐ RISCO PARA NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS
- ☐ RISCO PARA VOLUME DE LÍQUIDO DESEQUILIBRADO
- ☐ RISCO PARA HIPOGLICEMIA E / OU HIPOGLICEMIA
- ☐ SÍNDROME DO DÉFICIT NO AUTOCUIDADO
- ☐ VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA
- ☐ VOLUME DE LÍQUIDO EXCESSIVO
- ☐ VOLUME DE LÍQUIDO DEFICIENTE

OUTROS \_\_\_\_\_

*Karine da Silva Moura*  
COREN-PE 561013-ENF



**Casa de Saúde**  
**Dr. José Evair de Moura**  
A. Moura Soares Ltda. SCS

Telefax: (87) 3838-1304 / 1591 / 2452  
1965 / 1063 / 2926 / 1701  
Celular: (87) 9947-0105 / 9650-1514

**CENTRO MEDICO**



**EDSON MOURA**

Telefax: (87) 3838-1701  
9650-1514



**Centro**  
**Diagnóstico**  
**Júnior Moura**

Telefax: (87) 3838-2926  
9943-0001



**Farmácia Michelle**

Fone: (87) 3838-2636

**Rua Aparício Veras, 411 - CEP: 56.800-000 - Centro - Afogados da Ingazeira - PE**

**ESPECIALIDADES**

Cirurgia Geral  
Ginecologia e Obstetrícia  
Clínica Médica  
Pediatría  
Ortopedia  
Traumatologia  
Cardiologia  
Oftalmologia  
Dermatologia  
Urologia  
Cirurgia Plástica  
Cirurgia Vascular  
Cirurgia Buco Maxilo.  
Neurologia  
Otorrinolaringologia  
Psicologia  
Fisioterapia

**EXAMES**

Tomografia Computadorizada  
Ultra-Sonografia  
Densitometria Ossea  
Mamografia Digital  
Eletrocardiograma  
Eco-cardiograma  
Teste Ergométrico Comp.  
Endoscopia Digestiva  
Laboratório  
Raio X Digital  
Eletroencefalograma  
Video Laparoscopia Diagnóstica  
Cardiotocografia Fetal  
Histeroscopia Diag. e Cirúrgica  
Laringoscopia  
Estudo Urodinâmico  
Audiometria

**RECEITUÁRIO**

*José Roberto Nobre*

*Lolita:*

*- Rx da mama E*

*em AP e perfil.*

*30104179.*

*Dr. Francisco Edmundo Jr.*  
*Ortopedia e Traumatologia*  
*CRM - PE 15.244*  
*25.07.11.021*



# Centro Hospitalar Dr. José Evóide de Moura

J. MOURA SOARES LTDA. S/C

## Prescrição Médica e Relatório de Enfermagem

Nome do Paciente: João Alberto Nogueira S.

Cótese Diagnóstica: Fuorotilóbio E.

Enfermagem:

Leito:

Registro Nº:

DATA	HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORA DE APLICAÇÃO DA MEDICAÇÃO
76/04/19		1- Dieta livre	atenção
		2- SF-091 - 7000ml IV, 14gts/ml	18 3/8
		3- Cefotaxima 7g IV, 6/6 hr.	18 18 01 04
		4- Risperidona 700mg IV, 6/6 hr.	18 18 01 04
		5- Dilatril 700mg IV, 12/12 hr.	18 01
		6- Zomel 700mg + SF-091 - 7000ml, IV, 12/12 hr.	18 01
		7 - CCG 6 r 55Vv.	cinco
77/04/19		Ata Hospitalar	



Centro Hospitalar Dr. José Evóide de Moura

Registro nº \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

ENFERMARIA: \_\_\_\_\_

LEITO Nº \_\_\_\_\_

*Spent 01*

NOME: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_

NATURALIDADE \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_

Nº DOCUMENT \_\_\_\_\_

PRONTUÁRIO: 00155781  
NOME: JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS  
END: SITIO CARUA, No: 0  
BAIRRO: ZONA RURAL  
CID.: IGUARACI-PE  
Nasc: 20/10/1990 Idade: 28 Anos, 6 Meses  
Mãe: IRACI MARIA NOBRE DOS SANTOS  
Pai: DAVI BALDINO DOS SANTOS  
Profissão: PROFESSOR  
Unidade: POSTO I/CIRURGICA  
Serviço: CLINICA CIRURGICA DE HOMEN  
Médico: FRANCISCO ERLANDIO DE MELO JUNIOR  
C.N.S: \_\_\_\_\_

REGISTRO: 00232940  
SEXO: MASCULINO  
EST. CIVIL: SOLTEIRO(A)  
CEP: 56.840-000  
FONE: 87-991045902

IVIL: \_\_\_\_\_

Convenio: PARTICULAR  
D. Inter.: 16/04/2019 às 12:01  
Enf.: \_\_\_\_\_  
CRM: 15940  
Carteira: \_\_\_\_\_

PAI: \_\_\_\_\_

MÃE: \_\_\_\_\_

Nº DOCUMENTO: CPF: 098.822.934.09

FONE: \_\_\_\_\_

INTERNADO POR ORDEM DE: *Dr Francisco*

ASS. DO MÉDICO - CRM \_\_\_\_\_

LOCAL DO ACIDENTE \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_

NATUREZA DO ACIDENTE:

- ☐ CASUAL  
☐ QUEDA  
☐ ACIDENTE DE TRABALHO  
☐ ACIDENTE DO TRÂNSITO

- ☐ INTOXICAÇÃO  
☐ AGRESSÃO  
☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO  
☐ OUTRAS CAUSAS

☐ CLÍNICA

☒ CIRÚRGICO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO \_\_\_\_\_

PRESSÃO ARTERIAL: \_\_\_\_\_ MX \_\_\_\_\_ NN \_\_\_\_\_ PULSO \_\_\_\_\_ BPM

TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ °C PESO: \_\_\_\_\_

QUEIXA PRINCIPAL: *Paciente sofreu trauma na perna E, com dores, edema e deformidade.*

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

*Deformidade na perna E, com impotência funcional.*

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM \_\_\_\_\_

# EXAME FÍSICO

Inspeção: \_\_\_\_\_

Palpação: \_\_\_\_\_

Ausculta: \_\_\_\_\_

Hipótese Diagnóstica: \_\_\_\_\_

*Fratura do Tíbio E.*

Alta

## Condições de Alta

Curado ☐

Tempo de Permanência Hospitalar \_\_\_\_\_ dias

Melhorando ☒

Óbito em

Motivo:

Inalterado ☐

Hora

Decisão Médica ☒

Piorado ☐

+ 48 Horas ☐

Alta Pedida ☐

Óbito ☐

- 48 Horas ☐

Transferência ☐

Transferido para \_\_\_\_\_

Indisciplina ☐

Diagnóstico definido

*Fratura do Tíbio E.*

Tratamento

*Redução aberta + osteossíntese.*

Diagnóstico anátomo-Paratológico \_\_\_\_\_

Data

*17, 04, 79.*

Ass. do Médico - CRM

e Carimbo ou Nome do Médico em letra de forma

Nome:

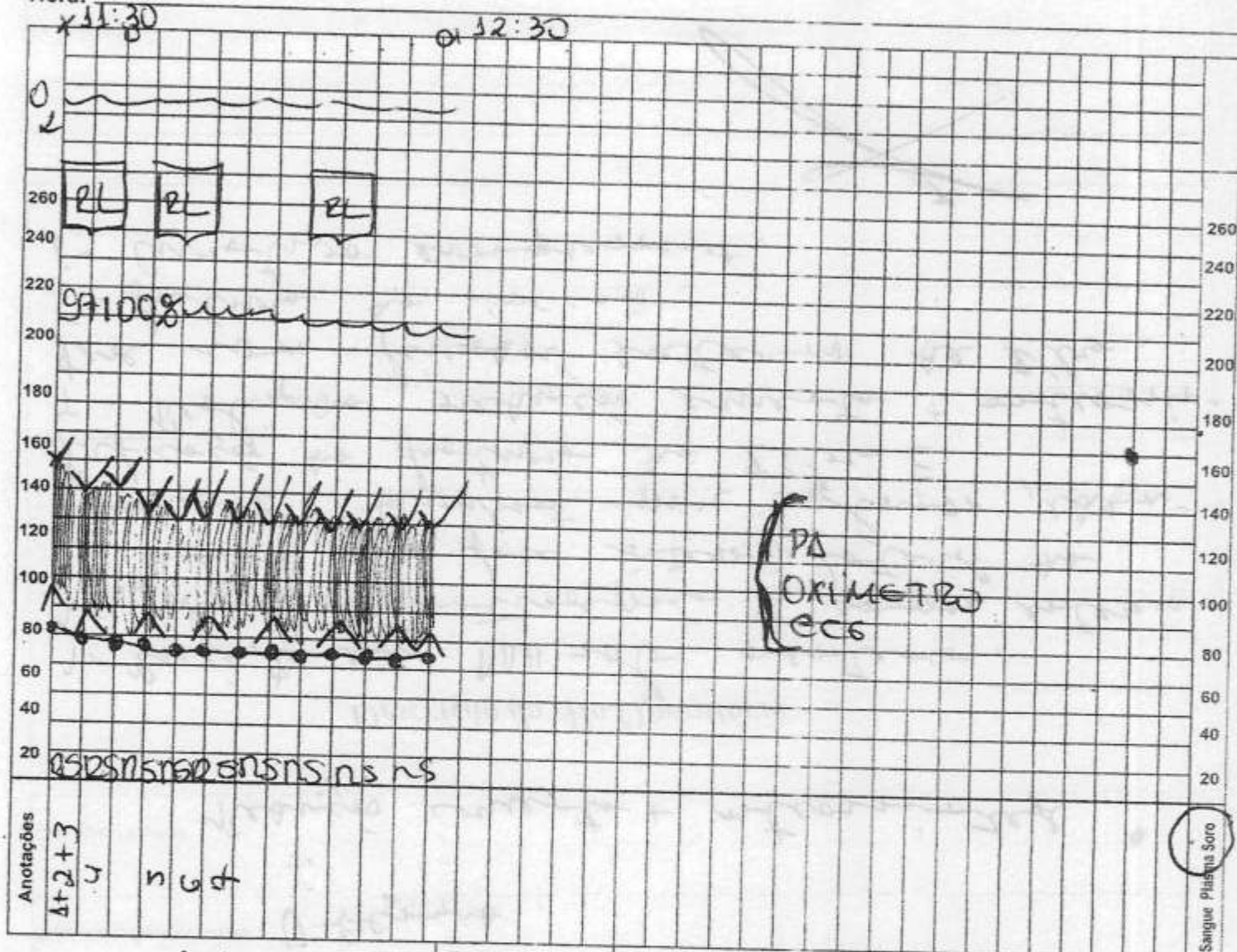
José Adalberto Nolasco Latorre

Data: 76, 04, 79

**Premedicação:**

Horatius

**Hora:**

**Agente**

Quant.

Técnica e tipo de Anestesia

- ① Midazolam
- ② Neoc. isobarrica
- ③ Dimorf
- ④ Cefalotina
- ⑤ Nausea
- ⑥ Dipirona
- ⑦ Terroxicam
- ⑧ Efortil 01 Amp
- ⑨ ahopina 02 Amp

5 mg  
12.5 mg  
0.25 mg  
2 g  
8.6 mg  
2 g  
40 mg  
= 0

Requisitos para med. simples  
L3/L4 Ag. constante 80 x 27. Lck  
limpido

Duração da Op.: 50' Duração de Anest.: 1:00 h

Cond. no final da 4ª p.:

**Resultado BRM Consciência:**

**Observação:**

Dr. Lécia de Jesus  
CRM: 44.336  
CPF: 708.908.00-70  
JURASSADA

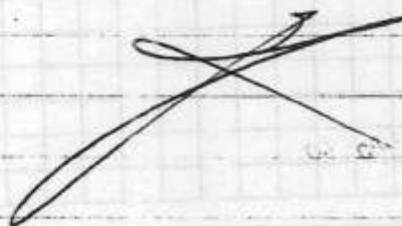
Assinatura do Anestesiologista

## Relatório de Operação

Nome do Paciente	José Helena Nogueira Fortes.		Número do Registro	155281
Clinica	Ortopedia		Número do Leito	
Operador	Francisco E. Melo Jr.			
1º Assistente			2º Assistente	
Instrumentador			Anestesi	Leucio.
Anestesia			Duração	
Data da Operação	16/04/19	Início		Fim
Diagnóstico Pré-Operatório	Fratura de Tíbia E			
Diagnóstico Pós-Operatório	Osteíte.			
Operação Proposta	Redução aberta + osteossíntese.			

### Descrição do Ato Operatório

- 1- Paciente em DOR sob anestesia.
- 2- Anestesia + antissepsia + campos estéreis.
- 3- Incisão na face interno-lateral da perna E, dissecção por planos, identificação da fratura de Tíbia E.
- 4- Realizada redução aberta + osteossíntese com fixador interno de Tíbia.
- 5- Feitura da incisão.
- 6- Curativo compressivo.





# HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

## 1. Identificação

Nome: Priscila Vitorino de Siqueira

Data de admissão: 16/04/2019

Registro: 232940

Leito: 101-01

Idade: 28

Sexo: ☒ M ☐ F

## 2. Queixa principal e História da doença atual

fratura de tibia

## 3. Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Definitivo:

## 4. Antecedentes Pessoais:

- ☐ Cardiopatias ☐ Doenças degenerativas ☐ Tabagismo ☐ Doenças infecciosas ☐ Doenças autoimunes ☐ Doenças crônicas
- ☐ Distúrbios psiquiátricos ☐ Alcoolismo ☐ Anestesia ☐ HIV ☐ Leishmaniose
- ☐ Uso de drogas ☐ Outras

## NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

## 5. Exame Físico

### 5.1 Estado Geral:

- ☐ Grave ☒ Hidratado ☒ Nutricionado ☒ Alerta ☒ Anxiado ☐ Pálido
- ☒ Regular ☐ Desidratado ☐ Hipotermado ☐ Hipertermico ☐ Comatoso
- ☐ Bem ☐ Anestesiado ☐ Hipotermado

Temperatura/Pele:

### 5.2 Avaliação neurológica:

Nível de consciência:

- ☒ Consciente ☐ Semi-consciente ☐ Inconsciente ☐ Comatoso ☐ Desorientado ☐ Orientado ☐ Super-reflexo

### 5.3 Sistema Respiratório

- ☐ Contínuo ☒ Espontâneo ☐ Suporte Mecânico

- ☒ Dispneia ☐ Dispneia ☐ Espontânea

- O2 suplementar: ☐ Leno ☐ Cateter nasal ☐ Máscara ☐ Máscara

- Dreno torácico: ☐ Sim ☒ Não ☐ Local

Aspecto da drenagem:

- Murmúrio Vesicular: ☒ Presente ☐ Ausente ☐ Diminuído ☐ Local

- Ruidos Adventícios: ☒ Ronco ☐ Sibilos ☐ Estridor ☐ Crepitações ☐ Local

- Tosse: ☐ Presente ☒ Ausente ☐ Seca ☐ Productiva

### 5.4 Sistema Cardiovascular:

- Ritmo Cardíaco: ☒ Regular ☐ Irregular ☐ Arritmia

- Pulsos: ☐ Filiforme ☒ Outros ☐ Ausente

### 5.5 Sistema Gastrointestinal:

- Abdome: ☐ Flácido ☐ Tenso ☐ Distendido ☐ Doloroso ☐ Plano ☒ Globoso

Ascítico:

- Ruidos Hidroéreos: ☒ Presente ☐ Ausente ☐ Irregular ☐ Hipotônico ☐ SNG ☐ SNE ☐ SGO ☐ Garagem ☐ Drenagem

- Eliminações Intestinais: ☐ Constipação ☐ Diarreia ☒ Normais ☐ Flatos ☐ Hematúria ☐ Enterorragia

- Eructos: ☐ Presentes ☒ Ausentes ☐ Anorexia

### 5.6 Sistema Gênero-urinário:

- Diurese: ☒ Presente ☐ Ausente ☐ Espontânea ☐ SVD ☐ SVA ☐ Cateterismo ☐ Unipol

Aspecto:

### 5.7 Sistema Musculoesquelético:

- Motilidade: ☒ Ativa ☐ Passiva

- Momentos Conservados: ☒ Sim ☐ Não

- Força Motora Conservada: ☒ Sim ☐ Não ☐ Local

MMSS:

MMI:

Observações do enfermeiro

## NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

- Atitudes: ☐ Cooperativo ☐ Não cooperativo ☐ Agitado ☐ Choro ☒ Calmo ☐ Ansioso

- Nível sócio-econômico: Classe social: ☐ Alta ☐ Média ☒ Baixa

Condições de Moradia:

## NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

- Necessidades de acompanhamento espiritual: ☐ Sim ☐ Não

- Aceita visita para acompanhamento religioso: ☐ Sim ☐ Não

Data: 16/04/19

Mayara Karine da Silva Moura  
COREN-PE 561013-ENF

Mayara  
Enfermeira COREN



SISTEMATIZAÇÃO ASSISTÊNCIA ENFERMAGEM

SAE

CLÍNICA MÉDICA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: José Adilson Gomes dos Santos

SEXO: M

ENF.: Apt-01

LEITO:

DATA: 16/04/19

DADOS VITAIS					DRENAGENS					NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	
HORÁRIO	12	18	24	06	HORÁRIO	12	18	24	06		
PA					DIURESE					<input type="checkbox"/> CONSCIENTE	
T					SNG					<input type="checkbox"/> ALERTA	
P					DRENO TORAX					<input type="checkbox"/> SEDADO	
R					OUTROS					<input type="checkbox"/> SONOLENTO	
SpO2					TOTAL					<input type="checkbox"/> TORPOROSO	
HGT										<input type="checkbox"/> COMATOSO	
										<input type="checkbox"/> INCONSCIENTE	
										OUTROS: _____	

SISTEMA RESPIRATÓRIO

RESPIRAÇÃO	SUPOORTE VENTILATÓRIO	SECREÇÃO TRAQUEAL	VIA RESPIRATÓRIA
<input checked="" type="checkbox"/> EUPNEICO	<input checked="" type="checkbox"/> ESPONTÂNEAS	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> TRAQUEOSTOMIA
<input type="checkbox"/> DISPNEICO	<input type="checkbox"/> VM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
	<input type="checkbox"/> CATETER O <sup>2</sup>		
	<input type="checkbox"/> VENTURI		

SISTEMA CARDIOVASCULAR

BATIMENTOS CARDÍACOS	PULSO	PA	DROGAS VASOATIVAS	CATETER CENTRAL
<input checked="" type="checkbox"/> REGULAR	<input checked="" type="checkbox"/> NORMOSFÍGMICOS	<input checked="" type="checkbox"/> NORMOTENSO	<input type="checkbox"/> SIM	VSC: D ( ) E ( )
<input type="checkbox"/> IRREGULAR	<input type="checkbox"/> BRADISFÍGMICO	<input type="checkbox"/> HIPERTENSO	<input type="checkbox"/> NÃO	VJI: D ( ) E ( )
	<input type="checkbox"/> TRAQUISFÍGMICO	<input type="checkbox"/> HIPOTENSO	TIPO: _____	PVC: _____

SISTEMA DIGESTIVO

ABDOME	DIETA	EVACUAÇÕES	DRENAGEM ABDOMINAL
TIPO DE ABDOME	<input checked="" type="checkbox"/> V. O.	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAIS	<input type="checkbox"/> PENROSE
<input checked="" type="checkbox"/> GLOBOSO	<input type="checkbox"/> SNE	<input type="checkbox"/> CONSTIPAÇÃO	<input type="checkbox"/> OSTOMIA
<input type="checkbox"/> PLANO	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> DIARRÉIA	<input type="checkbox"/> NENHUMA
	<input type="checkbox"/> PARENTERAL	<input type="checkbox"/> MELENA	TIPO: _____

SISTEMA GENITO-URINÁRIO

DIURESE ESPONTÂNEA	SVD	GENITÁLIA ÍNTEGRA	ASPECTO DA URINA	
<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> CÍTRICO	<input type="checkbox"/> ANÚRIA
<input type="checkbox"/> NÃO	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> COLÚRICA	<input type="checkbox"/> POLIÚRIA
			<input type="checkbox"/> HEMATÚRIA	<input type="checkbox"/> PIÚRIA

AValiação DA PELE

AValiação DA PELE		FERIDA OPERATÓRIA	
<input checked="" type="checkbox"/> HIDRATADA	<input type="checkbox"/> ICTÉRICA	<input type="checkbox"/> ULCERA P/ PRESSÃO	CURATIVOS
<input type="checkbox"/> DESIDRATADA	<input checked="" type="checkbox"/> ANICTÉRICA	LOCAL: _____	<input checked="" type="checkbox"/> SIM
<input type="checkbox"/> NORMOCORADA	<input type="checkbox"/> CIANÓTICA	GRAU: _____	<input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> HIPOCORADA	<input type="checkbox"/> EDEMACIADA		ASPECTO
	<input type="checkbox"/> HEMATOMA		<input checked="" type="checkbox"/> LIMPA
	<input type="checkbox"/> ESCORIADA		<input type="checkbox"/> INFECTADA
			EXSUDATO
			<input type="checkbox"/> PRESENTE
			<input type="checkbox"/> AUSENTE
			ASPECTO: _____

OSTEO ARTICULAR

IMOBILIZAÇÃO	PERFUSÃO MEMBRO IMOBILIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NORMAL
<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> CIANÓTICO
LOCAL	
<input type="checkbox"/> MSD	
<input type="checkbox"/> MSE	
<input checked="" type="checkbox"/> MID	

NOME: Jane Adeline mãe dos Santos

- ☐ ALERGIA A \_\_\_\_\_
- ☒ ANSIEDADE
- ☐ COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
- ☐ CONFUSÃO AGUDA
- ☐ CONSTIPAÇÃO
- ☐ DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
- ☐ DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO/HIGIENE
- ☐ DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA HIGIENE ÍNTIMA
- ☐ DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA ALIMENTAÇÃO
- ☐ DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DAS VIAS AÉREAS
- ☒ DOR AGUDA
- ☐ DIARRÉIA
- ☐ EXCESSO DO VOLUME DE LÍQUIDO
- ☐ HIPOTERMIA
- ☐ HIPERTERMIA
- ☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
- ☐ INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
- ☐ MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
- ☐ MUCOSA ORAL PREJUDICADA
- ☐ NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS
- ☐ PADRÃO DO SONO PERTURBADO
- ☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
- ☐ PERFUSÃO TISSULAR PERIFÉRICA INEFICAZ
- ☐ PERFUSÃO TISSULAR RENAL INEFICAZ
- ☐ RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO
- ☐ RISCO PARA QUEDA
- ☒ RISCO PARA INFECÇÃO
- ☐ RISCO PARA ASPIRAÇÃO
- ☐ RISCO PARA DISFUNÇÃO NEUROVASCULAR PERIFÉRICA
- ☐ RISCO PARA TEMPERATURA CORPORAL DESIQUILIBRADA
- ☐ RISCO DE PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
- ☐ RISCO PARA SÍNDROME DE DESUSO
- ☐ RISCO PARA NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS
- ☐ RISCO PARA VOLUME DE LÍQUIDO DESEQUILIBRADO
- ☐ RISCO PARA HIPOGLICEMIA E / OU HIPOGLICEMIA
- ☐ SÍNDROME DO DÉFICIT NO AUTOCUIDADO
- ☐ VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA
- ☐ VOLUME DE LÍQUIDO EXCESSIVO
- ☐ VOLUME DE LÍQUIDO DEFICIENTE

OUTROS \_\_\_\_\_

*Karine da Silva Moura*  
COREN-PE 561013-ENF

SISTEMATIZAÇÃO ASSISTÊNCIA ENFERMAGEM  
SAE

ENF: LEITO: 101

DATA: 16/04/2019

NOME: José Adelfino Sobrinho dos Santos

## PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		
X	REALIZAR LAVAGEM DAS MÃOS ANTES E APÓS QUALQUER PROCEDIMENTO	HORÁRIO
X	RESPEITAR PRECAUÇÕES E USO DE EPI'S CONFORME ROTINA DA CCIH	ROTINA
X	EXPLICAR PROCEDIMENTOS ANTES DE REALIZÁ-LOS	ROTINA
X	MANTER PROCEDIMENTOS DATADOS, IDENTIFICADOS E FIXADOS	ROTINA
X	DIMINUIR RUÍDOS AMBIENTAIS E ILUMINAÇÃO À NOITE	ROTINA
X	ELEVAR GRADES LATERAIS DA CAMA	ROTINA
X	TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO CONFORME PROTOCOLO	ROTINA
X	ASSINAR E CARIMBAR TODOS REGISTROS DE ENFERMAGEM	ROTINA
X	ADMINISTRAR MEDICAÇÕES E FLUIDOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA	ATENÇÃO
X	COMUNICAR SE TEMPERATURA $<35,8^{\circ}$ OU $>37,2^{\circ}$	ATENÇÃO
X	PROPORCIONAR AQUECIMENTO EXTERNO SE TEMPERATURA $<36^{\circ}\text{C}$ E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	REALIZAR COMPRESSAS FRIAS SE TEMPERATURA $>37,4^{\circ}\text{C}$ E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	CONSIDERAR PERDAS EXTRAORDINÁRIAS (FEBRE, VÔMITO, DIARRÉIA, DRENOS E SONDAS)	ATENÇÃO
X	OBSERVAR, ANOTAR E COMUNICAR FREQUENCIA NÁUSEAS E VÔMITOS	ATENÇÃO
X	REGISTRAR FREQUÊNCIA DE EVACUAÇÕES E ASPECTO OU AUSÊNCIA E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	OBSERVAR E ANOTAR DÉBITO URINÁRIO E SUAS CARACTERÍSTICAS. COMUNICAR ALTERAÇÕES	ATENÇÃO
X	OBSERVAR E ANOTAR PADRÃO VENTILATÓRIO. COMUNICAR ALTERAÇÕES	ATENÇÃO
X	OBSERVAR EM EXTREMIDADES: CIANOSE, PERFUSÃO, TEMPERATURA. COMUNICAR ALTERAÇÕES	ATENÇÃO
X	OBSERVAR PRESENÇA DE EDEMA EM MMSS E MMII, SE EDEMACIADOS ELEVÁ-LOS E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	OBSERVAR SINAIS DE DOR (TAQUICARDIA, HIPERTENÇÃO, DIAFORESE, TAQUIPNÉIA) E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	EM CASO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO FORA DO HORÁRIO PRESCRITO CHECAR NOVO HORÁRIO E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	REGISTRAR REAÇÃO ADVERSA QUE O PACIENTE POSSA TER APÓS MEDICAÇÃO E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	REALIZAR, OBSERVAR PRECISÃO DA INFUSÃO DE SOROS A CADA 3 HORAS	ATENÇÃO
X	REALIZAR E OBSERVAR SSVV DE 06.00h	ATENÇÃO
	ASPIRAR SNG/SNE ANTES DE INSTALAR AS DIETAS. LAVAR SONDAS APÓS A DIETA	
	ASPIRAR VAS/TOT/TRAQUEOSTOMO / H E TOALETE BRÔNQUICA S/N	
	COLOCAR / MANTER COLCHÃO CAIXA DE OVO E USAR BLOCOS DE ESPUMA PARA APOIO	
	COMUNICAR SE $\text{SpO}_2 < 92\%$ SECRETARIA DE	
✓	CONFERIR CUIDADOSAMENTE ENTRADA / SAÍDA NO BALANÇO HÍDRICO	
	CONTER MMSS E /OU MMII SE APRESENTAR AGITAÇÃO	
	HIDRATAR E MASSAGEAR PÉLE 03 X AO DIA E A CADA MUDANÇA DE DECÚBITO	
✓	INSTALAR DIETA RIGOROSAMENTE NOS HORÁRIOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA / NUTRIÇÃO	
	INTERROMPER FLUXO DE DIETA DURANTE PROCEDIMENTOS	
	MANTER CABECEIRA ELEVADA A _____ GRAUS PARA REPOUSO, E _____ GRAUS PARA INFUSÃO	
	MINISTRAR OXIGÊNIO TERAPIA _____ L/M - UMIDIFICADA S/N	
✓	OBSERVAR E ANOTAR COMPORTAMENTO NEUROLÓGICO. COMUNICAR ALTERAÇÕES	
	PROTEGER PROEMINÊNCIAS ÓSSEAS	
	REALIZAR CURATIVO _____ X AO DIA EM REGIÃO:	
	REALIZAR HGT DE _____ / _____ COMUNICAR SE HGT $<70 \text{ MG/DL}$ OU HGT $>150 \text{ MG/DL}$	
	REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO A CADA 02 HORAS	
	REALIZAR / AUXILIAR NA HIGIENE CORPORAL 01 X AO DIA E S/N	
	REALIZAR / AUXILIAR NA HIGIENE ORAL E OCULAR 02 X AO DIA	
	TROCAR AMBU A CADA 24 HORAS OU QUANDO NECESSÁRIO	
	TROCAR CIRCUITO DA LINHA ARTERIAL CONFORME PROTOCOLO	
	TROCAR UMIDIFICADOR/ FILTRO A CADA 07 DIAS OU QUANDO NECESSÁRIO HOJE ( ) SIM ( ) NÃO	

SISTEMATIZAÇÃO ASSISTÊNCIA ENFERMAGEM  
SAE  
CLÍNICA MÉDICA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Jose Ademir macho dos santos

SEXO: M

ENF.: apt-01

LEITO:

DATA: 16/04/19

DADOS VITAIS					DRENAGENS					NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	
HORÁRIO	12	18	24	06	HORÁRIO	12	18	24	06	( ) CONSCIENTE	( ) ALERTA
PA					DIURESE					( ) SEDADO	( ) SONOLENTO
T					SNG					( ) TORPOROSO	( ) COMATOSO
P					DRENO TORAX					( ) INCONSCIENTE	OUTROS:
R					OUTROS						
SpO2					TOTAL						
HGT											

SISTEMA RESPIRATÓRIO

RESPIRAÇÃO	SUPOORTE VENTILATÓRIO	SECREÇÃO TRAQUEAL	VIA RESPIRATÓRIA
(X) EUPNEICO ( ) DISPNEICO	(X) ESPONTÂNEAS ( ) VM ( ) CATETER O <sup>2</sup> ( ) VENTURI	( ) SIM (X) NÃO	( ) TRAQUEOSTOMIA

SISTEMA CARDIOVASCULAR

BATIMENTOS CARDÍACOS	PULSO	PA	DROGAS VASOATIVAS	CATETER CENTRAL
(X) REGULAR ( ) IRREGULAR	(X) NORMOSFÍGMICOS ( ) BRADISFÍGMICO ( ) TRAQUISFÍGMICO	(X) NORMOTENSO ( ) HIPERTENSO ( ) HIPOTENSO	( ) SIM ( ) NÃO TIPO: _____	VSC: D ( ) E ( ) VJI: D ( ) E ( ) PVC: _____

SISTEMA DIGESTIVO

ABDOME	DIETA	EVACUAÇÕES	DRENAGEM ABDOMINAL
TIPO DE ABDOME (X) GLOBOSO ( ) PLANO	RUIDOS HIDROAÉREOS (X) PRESENTE ( ) AUSENTE	(X) V. O. ( ) SNE ( ) SNG ( ) PARENTERAL	(X) NORMAIS ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) DIARRÉIA ( ) MELENA ( ) PENROSE ( ) OSTOMIA ( ) NENHUMA TIPO: _____

SISTEMA GENITO-URINÁRIO

DIURESE ESPONTÂNEA	SVD	GENITÁLIA ÍNTEGRA	ASPECTO DA URINA	
(X) SIM ( ) NÃO	( ) SIM (X) NÃO	(X) SIM ( ) NÃO	(X) CONCENTRADA ( ) LÍMPIDA	(X) CÍTRICO ( ) COLÚRICA ( ) HEMATÚRIA ( ) ANÚRIA ( ) POLIÚRIA ( ) PIÚRIA

AValiação DA PELE

AValiação DA PELE	FERIDA OPERATÓRIA
(X) HIDRATADA ( ) DESIDRATADA ( ) NORMOCORADA ( ) HIPOCORADA	( ) ICTÉRICA (X) ANICTÉRICA ( ) CIANÓTICA ( ) EDEMACIADA ( ) HEMATOMA ( ) ESCORIADA
( ) ULCERA PI PRESSÃO LOCAL: _____ GRAU: _____	CURATIVOS (X) SIM ( ) NÃO
	ASPECTO (X) LIMPA ( ) INFECTADA
	EXSUDATO ( ) PRESENTE ( ) AUSENTE ASPECTO: _____

OSTEO ARTICULAR

IMOBILIZAÇÃO	PERFUSÃO MEMBRO IMOBILIZAÇÃO
(X) SIM ( ) NÃO	( ) NORMAL ( ) CIANÓTICO
LOCAL ( ) MSD ( ) MSE (X) MID	





Telefax: (87) 3838-1304 / 1591 / 2452  
1965 / 1063 / 2926 / 1701  
Celular: (87) 9947-0105 / 9650-1514

CENTRO MEDICO



EDSON MOURA

Telefax: (87) 3838-1701  
9650-1514



Centro  
Diagnóstico  
Júnior Moura

Telefax: (87) 3838-2926  
9943-0001



Farmácia Michelle

Fone: (87) 3838-2636

Rua Aparício Veras, 411 - CEP: 56.800-000 - Centro - Afogados da Ingazeira - PE

## ESPECIALIDADES

Cirurgia Geral,  
Ginecologia e Obstetrícia,  
Clínica Médica,  
Pediatria,  
Ortopedia,  
Traumatologia,  
Cardiologia,  
Oftalmologia,  
Dermatologia,  
Urologia,  
Cirurgia Plástica,  
Cirurgia Vascular,  
Cirurgia Buco Maxilo,  
Neurologia,  
Otorrinolaringologia,  
Psicologia,  
Fisioterapia.

## EXAMES

Tomografia Computadorizada,  
Ultra-Sonografia,  
Densitometria Óssea,  
Mamografia Digital,  
Eletrocardiograma,  
Eco-cardiograma,  
Teste Ergométrico Comp.,  
Endoscopia Digestiva,  
Laboratório,  
Raio X Digital,  
Eletoencefalograma,  
Video Laparoscopia Diagnóstica,  
Cardiotocografia Fetal,  
Histeroscopia Diag. e Cirúrgica,  
Laringoscopia,  
Estudo Urodinâmico,  
Audiometria.

## RECEITUÁRIO

José Azevedo Roberto

Solicito:

- Rx do joelho E

em AP e perfil.

30104179.

Dr. Francisco Evólio Jr.  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM PE 11.021



# Centro Hospitalar Dr. José Evóide de Moura

J. MOURA SOARES LTDA. S/C

## Prescrição Médica e Relatório de Enfermagem

Nome do Paciente: **João Adelino Rolon J.**

Cótese Diagnóstica: **Fuor Stileis E.**

Enfermaria:

Leito:

Registro Nº:

DATA HORA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORA DE APLICAÇÃO DA MEDICAÇÃO

16/04/19

1 - Hepta Linza

2 - SF-0911-7000xL IV, 14 gotas/rola

3 - Cefotaxime 750mg IV, 6/6 hr.

4 - Clonitazina 750mg IV, 6/6 hr.

5 - Ziletil 750mg IV, 12/12 hr.

6 - Zonam 700mg + SF-0911-7000xL, IV, 12/12 hr.

7 - CCG 6155V.

atencão

18 2/2

18 10 01 04

18 10 01 04

18 01

18 01

18 01

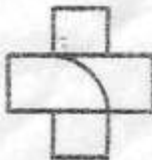
Car. Gr.

19/04/19

Acta Hospitalar

Car. Gr.





**SUS** Sistema Único de Saúde

SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COMPLEXO DE SAÚDE DE MONTEIRO



**FLUXO DE REFERÊNCIA INTRA E INTER-REGIONAL**

**FICHA DE ENCAMINHAMENTO**

FICHA DE ENCAMINHAMENTO Nº.: \_\_\_\_\_ CLÍNICA: \_\_\_\_\_

DO HOSPITAL REGIONAL SANTA FILOMENA.

PARA O HOSPITAL: Hospital de Trauma de Corguinho

MÉDICO CONTACTADO: Dr. Rensch (Ortopedista)

DATA: 13/02/19

**José Augusto Leal**  
Chefe do Faturamento/Ambulatório  
Matrícula: 209.621-8

**IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO**

NOME: Jon Adilson Nilton dos Santos

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ DOC.: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

**José Augusto Leal**  
Chefe do Faturamento/Ambulatório  
Matrícula: 209.621-8

**ANAMNESE E EXAMES FÍSICOS SUMÁRIOS**

**José Augusto Leal**  
Chefe do Faturamento/Ambulatório  
Matrícula: 209.621-8

**MEDICAMENTOS PRESCRITOS**

**José Augusto Leal**  
Chefe do Faturamento/Ambulatório  
Matrícula: 209.621-8

**DIAGNÓSTICO**

PROVÁVEL: \_\_\_\_\_

**EXCELSIOR SEGUROS**  
CID: 19 JUL. 2019  
SEGURO DPVAT

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO: \_\_\_\_\_

José Adelmo Nobre dos Santos

Paciente vítima de acidente de trânsito por colisão entre motos no dia 31 de abril de 2019 em estrada vicinal Monteiro – PB deu entrada no Hospital Regional local e transferido para CHJEM – Afogados da Ingazeira – PE onde recebeu atendimento médico para fratura exposta dos ossos da perna E om osteosintese recebendo alta hospitalar 17 de abril de 2019 e foi submetido a uma segunda internação Hospitalar para nova reparação cirúrgica de Osteomielite tibial aguda realizado no HREC – Afogados da Ingazeira – PE desde enato vem apresentado reinfecções frequentes e encaminhado com orientação de continuar tratamento médico ambulatorial.

Na avaliação clínica de sequelas por mim realizado ao paciente dia de hoje sob exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobra, tem o paciente apresentando-se com sequela grave de fratura múltiplas na perna E com vasto ferimento não cicatrizado com supurações sequestro ósseo vasta extensão de tecido friável e coloração avermelhada e tumefações superficiais dérmicos abrangendo todas as camadas internas e com erosões de toda estrutura óssea da tibia E, quando de mal prognóstico incurável instável que não responde bem aos tratamentos que lhe se são submetidos por ter infecções por focos bacterianos intra-tramelar da estrutura óssea tibial servindo sempre como ponto de partida de novas reinfestações, perda de 100% para todas as funções mecânicas laborativas ou trabalhistas do membro inferior E e que necessitem delas, deve permanecer sob controle ambulatorial perene Seculum Seculorum et.

Paciente como se apresenta ao exame físico de hoje, e exclusivamente hoje, podendo variar conforme evolução e resposta clínica do mesmo com o passar dos dias e sendo de reservado prognóstico

PS: quadro clínico descrito ao um retrato do que o paciente apresenta ao físico exclusivamente do dia de hoje, podendo variar caso à caso com o passar dos dias.

Atenciosamente,

Afogados da Ingazeira, 25 de outubro de 2019



Dr. Fred Veras  
Reumatologia-Ortopedia  
CRM 6688-PE CPF 129.098.314-34

EXCELSIOR SEGUROS  
19 JUL. 2019  
SEGURO DPVAT

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL

*Helenita Siqueira Liberal Silva*

CARTÃO DE IDENTIDADE

E-01

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NÚMERO: 2.761.780 DATA DE EXPEDIÇÃO: 26/04/2017

NOME: << HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA >>

PRONOME: << ANTONIO DE PAULA LIBERAL >>  
<< HELENA SIQUEIRA LIBERAL >>

NOME DO PAI: AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE DATA DE NASCIMENTO: 16/09/1965

CC: << CC. 1.362 L.B-2 F.108 CART. 1º >>  
AFOGADOS DA INGAZEIRA-PE 06.10.1993 >>

589.391.134-20

ASSINATURA: [Assinatura]

ASSINADO POR: [Assinatura]

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

F-76 173.103 - 3021

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

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

Número do Sinistro: 3190438308  
Nome do(a) Examinado(a): Jose Adelmo Nobre dos Santos  
Endereço do(a) Examinado(a): 9991-2908, 770 Cs  
Zona Rural Iguaraci PE CEP: 56840-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PE ] 8814334  
Data local do acidente: [ 13/04/2019 ]  
Data local do exame: [ 12/11/2019 ] CUSTODIA [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DA TIBIA ESQUERDA**

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

**Tratamento: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO NO DIA 31/04/2019, COM FRATURA DA TIBIA ESQUERDA, FEITO CIRURGIA.**

**Complicações: FRATURA DA TIBIA ESQUERDA EVOLUINDO COM OSTEOMIELITE AGUDA**

**Data da Alta: VÍTIMA EM TRATAMENTO**

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

**EM TRATAMENTO (OSTEOMIELITE AGUDA)**

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ ( ) Não

- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☐ ( ) Sim ☐ ( ) Não

- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

☒ (X) "Vítima em tratamento"

*Esta avaliação médica deve ser repetida em 60 dias*

☐ ( ) "Sem seqüela permanente"

*(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Seqüela):

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: ☐ ( ) 10% residual ☐ ( ) 25% leve  
☐ ( ) 50% médio ☐ ( ) 75% intensa ☐ ( ) 100% completo

% do dano: ☐ ( ) 10% residual ☐ ( ) 25% leve  
☐ ( ) 50% médio ☐ ( ) 75% intensa ☐ ( ) 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: ☐ ( ) 10% residual ☐ ( ) 25% leve  
☐ ( ) 50% médio ☐ ( ) 75% intensa ☐ ( ) 100% completo

% do dano: ☐ ( ) 10% residual ☐ ( ) 25% leve  
☐ ( ) 50% médio ☐ ( ) 75% intensa ☐ ( ) 100% completo

- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

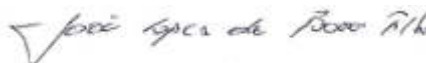
Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

**Dr. Joao Lopes de Barros Filho**

**CPF - 475.799.434-68**

**CRM/PE - 15988**

  
**João Lopes de Barros**  
Clínica Médica  
Médico do Trabalho  
CRM-PE: 15.988  
CRM-PB: 10.208