Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

11/03/2020

Número: **0005926-27.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 29ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **03/02/2020**
Valor da causa: **R$ 8.775,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA (AUTOR)	**RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)**
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59062826	11/03/2020 10:35	2701630_CONTESTACAO_PROTOCOLADA_01	Petição em PDF

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 29ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00059262720208172001

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 **AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA** , em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

C O N T E S T A Ç Ã O

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 **17/07/2019**, restando permanentemente inválida.

Cumpre 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$ 4,725.00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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/2015[1], 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/2015[2].

DA INÉPCIA DA INICIAL

DOCUMENTOS ILEGIVEIS

Inicialmente cumpre informar que a petição inicial apresentada pelo autor não está apta a gerar efeitos, vez que verifica se a existência de documentos ilegíveis.

[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;

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o paciente **MAERBY GUERRA MENDONÇA**, brasileiro, portador de CPF de º 821.409.604-91 residente ao município de Surubim PE, deu entrada em emergência nesta unidade no dia 17/07/19 às 15:58hs vítima de acidente automobilístico de acordo com o prontuário de n º 1124.564 Cópia da ficha de emergência segue em anexo

Panelas, 27 de novembro de 2019.

Iris Cavalcante B. Silva
Diretora Hosp. N. S. Fátima
Panelas/PE
8724

Iris Cavalcante Barboza da Silva
Diretora Administrativa

HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA + Acidente na BR
SECRETARIA DE SAUDE

FICHA DE EMERGÊNCIA

Trauma HMA Senha: 5729544

Hora: [illegible] Data: [illegible] Prontuário: [illegible] sexo M
Nome: [illegible]
Cartão SUS: Profissão: motorista
DN: 26/06/72 Idade: 27 Estado Civil: S
Cônjuge:
Filiação:
Mãe: [illegible]
Pai:
Endereço: [illegible]

Equipe Plantonista:

Médico: [illegible] Enfermeiro: [illegible]

Técnicos de Enf: [illegible]

Triagem da Enfermagem

Uso de medicamentos: ( )sim ( )Não Quais:

Reações alérgicas: ( )sim ( )Não Quais:

DM ( ) HAS
SSVV: PA: 130/100 FC: 108 T: SPO2: 95% Peso:
FR. HGT: 241

Principais queixas

( ) Cefaleia
( ) Cervicalgia
( ) Constipação
( ) Convulsão
( ) Desmaio
( ) Diarreia
( ) Dispneia
( ) Dor Abdominal
( ) Dor articular
( ) Dor MMSS
( ) Dor Nefrética
( ) Dor Pelvica
( ) Dor torax
( ) Dor costelas
( ) Enxaqueca
( ) Epigastralgia
( ) Epistaxe
( ) Escotomos
( ) Febre
( ) Gastroenterite
( ) Hérnia
( ) IVAS
( ) Lombalgia
( ) Mal estar geral
( ) Mialgia
( ) Nauseas
( ) Otite
( ) Otorralgia
( ) Perdas vaginais
( ) Queixa urinária
( ) Taquicardia
( ) Tonturas
( ) Vertigens
( ) Vômitos

Outras queixas:

COREN/Assinatura

E-mail: hospital.nsf.fatima@gmail.com Fone: (81) 3691-1106

Desta forma, se faz impossível o pleno direito de defesa e contraditório, visto que o autor juntou aos autos documentos exigíveis totalmente ilegíveis a propositura da demanda.

Subsiste óbice intransponível ao suposto direito Autoral, devendo acarretar a extinção do feito, sem resolução do mérito, conforme disposto no artigo 485, inciso I do Novo Código de Processo Civil, combinado com artigo 330, inciso I, e parágrafo primeiro, do mesmo diploma legal.

DO MÉRITO

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, CPC[3].

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$ 4,725.00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais)**, 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 irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado."***

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.

---

[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)

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressalvar 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$ 4,725.00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve 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 **17/07/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R$ 4,725.00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais).**

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 parciais[4].

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 STJ[5].

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.

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:

---

[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 HOUVE 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."

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 sequela 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$ 4,725.00 (QUATRO MIL E SETECENTOS E VINTE E CINCO REAIS)**.

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 citação[6.]

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 ação[7]

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.

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.**

---

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

[7] ***art. 1º . (...)***
§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e horários 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 covênio 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 expresso 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, 3 de março de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo 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 a 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 sequela 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 sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

• Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;

• 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;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

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; **JOSELAINE 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 **AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA** , em curso perante **a 29ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00059262720208172001.

Rio de Janeiro, 3 de março de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

11/03/2020

Número: **0005926-27.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 29ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **03/02/2020**
Valor da causa: **R$ 8.775,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA (AUTOR)	**RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)**
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	**Data da Assinatura**	**Documento**	**Tipo**
59062827	11/03/2020 10:35	ANEXO	Outros (Documento)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190677754 **Cidade:** Panelas **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA **Data do acidente:** 17/07/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 2º METACARPO DA MÃO ESQUERDA.
TRAUMA CONTUSO NO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA PERICIADA EM 13/12/2019. APÓS FEITA REANÁLISE, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190677754 **Cidade:** Panelas **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA **Data do acidente:** 17/07/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 2º METACARPO DA MÃO ESQUERDA.
TRAUMA CONTUSO NO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA PERICIADA EM 13/12/2019. APÓS FEITA REANÁLISE, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190677754 **Cidade:** Panelas **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA **Data do acidente:** 17/07/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO PUNHO ESQUERDO.
TRAUMA ABDOMINAL (RENAL).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: LATERALIDADE DIVERGENTE_SOLICITO 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
Lesões de órgãos e estruturas abdominais 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	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R$ 1.350,00
		Total	**10 %**	**R$ 1.350,00**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190677754 **Cidade:** Panelas **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA **Data do acidente:** 17/07/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO PUNHO ESQUERDO.
TRAUMA ABDOMINAL (RENAL).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: LATERALIDADE DIVERGENTE_SOLICITO 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
Lesões de órgãos e estruturas abdominais 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	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R$ 1.350,00
		Total	**10 %**	**R$ 1.350,00**

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0433476/19

Vítima: AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA

Data do acidente: 17/07/2019

CPF: 821.409.604-91

CPF de: Próprio

Titular do CPF: AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

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

AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA : 821.409.604-91

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: 04/12/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNAN

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0433476/19

Número do Sinistro: 3190677754

Vítima: AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA

Data do acidente: 17/07/2019

CPF: 821.409.604-91

CPF de: Próprio

Titular do CPF: AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar
Outros

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: 26/12/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNAN

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

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, 05 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190677754 **Vítima: AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA**

Data do Acidente: 17/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA

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

Pag. 01731/01732 - carta_01 - INVALIDEZ

00020866

Carta nº 15196417

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, 12 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190677754 **Vítima: AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA**

Data do Acidente: 17/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA

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

Pag. 00285/00286 - carta_02 - INVALIDEZ

00070143

Carta nº 15231434

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, 25 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190677754 **Vítima: AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA**

Data do Acidente: 17/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA

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

Multa:	R$ 0,00
Juros:	R$ 0,00
Total creditado:	R$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%
Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R$ 4.725,00

Recebedor: **AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA**
Valor: **R$ 4.725,00**
Banco: **104**
Agência: **000001295**
Conta: **0000013714-6**
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

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, 08 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190677754 **Vítima: AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA**

Data do Acidente: 17/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 07/01/2020, 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

Pag. 00167/00168 - carta_09 - INVALIDEZ

00050084

Carta nº 15333241

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PRF

Maiores duvidas acesse www.prf.gov.br/portal

Para cópia do seu Boletim acesse o sítio: www.prf.gov.br/novobat/consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente, e Clique em imprimir

Atenção: As vítimas do acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br **Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.**

Assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por LAURO PAIS, matrícula 1461772, Policial Rodoviário Federal, em 22/07/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 4º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 25 da Instrução Normativa Nº 61, DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar informando o protocolo 19038039821 e o número de controle 16C4TDILCHMA2B6S1FEJA4E2J2A4VP

191

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19038039B01

INFORMAÇÕES GERAIS

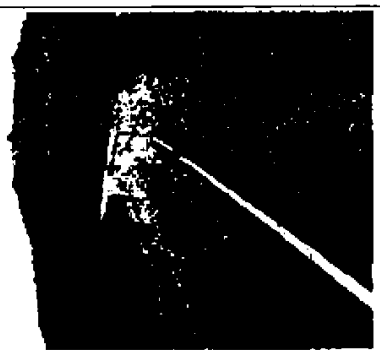
Data: 17/07/2019 Hora: 11:30 Município: PANELAS/PE
BR: 104 KM: 118,6 Sentido: Decrescente
Policial responsável pelo atendimento: LAURO PAIS, 1461712

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal
Tipo de pista: Simples
Estrutura Viária: Curva
Acostamento: Sim
Condição meteorológica: Céu Claro
Tipo de pavimento: Asfalto
Condição da Pista: Seca
Localidade urbanizada: Não
Canteiro Central: Não
Fase do dia: Pleno dia

IMAGENS PANORÂMICAS

SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

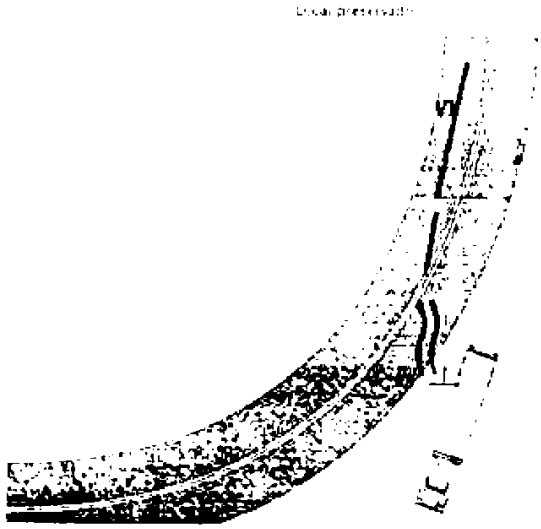
NARRATIVA

No dia 17/07/2019, às 12h30min, a equipe PRF foi acionada para atender um acidente ocorrido na BR 104, km 118,6, no município Caruaru/PE. Chegando ao local, às 13h20min, encontramos o veículo tombado, fora do leito carroçável, com o condutor preso às ferragens. Estavam presentes no local uma viatura do SAMU e um equipe do Corpo de Bombeiros. O acidente, do tipo saída do leito carroçável, envolveu o veículo V1 GTK-6280/. V1 seguia o fluxo da via, deslocando-se sentido Quipapá - Caruaru, quando, na "curva do criminoso", os freios falharam e, não podendo reduzir a velocidade, V1 traspassou a proteção existente margeando o acostamento e veio a cair barranco abaixo. V1 estava carregado de cerâmica, tracionando um semi-reboque. A velocidade regulamentada na via é de 100km/h. Foi detectada uma marca de frenagem de 15 metros sobre a via. Não foi possível acessar o disco de tacógrafo do veículo. A via estava com a sinalização horizontal e vertical em ordem e com o pavimento em bom estado de conservação. Quanto às condições ambientais, a pista estava seca no momento do impacto.O acidente vitimou de forma grave o sr. Maebe Guerra Mendonça, que foi encaminhado primeiramente para o Hospital Nossa Senhora de Fátima.Não foi possível realizar o teste de etilômetro na vítima tampouco houve preenchimento do Termo de Declaração de Envolvido. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui.Conforme constatações do levantamento do local de acidente, concluiu-se que o fator principal do acidente foi defeito mecânico.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19038039B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Saída de leito carroçável	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Afastamento (m)

DANOS COLATERAIS

Ao Patrimônio da União. Dano à defensa que separa o acostamento do barranco

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento

V1 - VEÍCULO 1 - GTK6280 - CAMINHÃO-TRATOR

V1 - Informações

Placa: GTK6280 Marca/modelo: VOLVO/NL12 360 4X2T EDC Renavam: 00655747532
Ano fabricação: 1996 Chassi: 9BVN5A7A0TE654709 Tipo de veículo: Caminhão-trator

Espécie: Tração Categoria: Aluguel Cor: Branca
Manobra no momento do acidente: *Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento*

V1 - Cronotacógrafo

Obrigatório para este tipo de veículo: Sim Presente: Inacessível

V1 - IMAGENS COMPLEMENTARES

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19038039B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / VOLVO/NL12 360 4X2T EDC Placa: GTK6280 Nº BOAT: 19038039B01
Nome do Agente: LAURO PAIS Matrícula do Agente: 1461712 Data: 17/07/2019

Item	Descrição do item	Valor	Vínculo com danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteiras ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho	M	X		
2	Carroçaria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroçaria com o chassis.	M	X		
3	Para choque traseiro danificado.	M	X		
4	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M	X		
5	Avaria em qualquer um dos eixos	M	X		
6	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M	X		
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M	X		
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M	X		
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M		X	
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G	X		
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G		X	
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi	M		X	
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M		X	
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi	G		X	
16	Air bags (se existir)	M		X	

Dano de Monta: Grande

Documento assinado eletronicamente por LAURO PAIS, matrícula 1461712, Policial Rodoviário Federal, em 22/07/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea "b" do inciso IV do art. 7º da Instrução Normativa Nº 61 DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://www.prf.gov.br/provisorioBaixaDocumento informando o protocolo 19038039B01 e o número de controle 1664703CF106AD853ED3A1E0326410.

Assinatura eletrônica

191

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19038039B01

V1 - Imagens Obrigatórias

IMAGEM DA LATERAL DIREITA

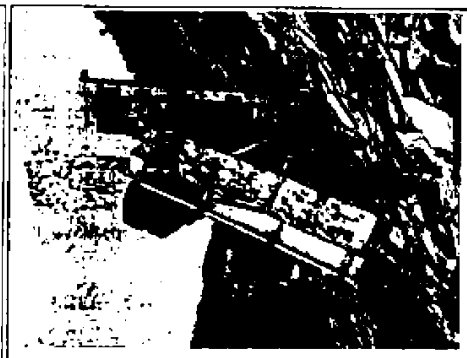


IMAGEM DA TRASEIRA

IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA

IMAGEM DA FRENTE

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19038039B01

V1 - Proprietário

Nome: RICARDO JOSE DO NASCIMENTO
CPF/CNPJ: 039.678.044-02
Email:
Telefone:
Endereço: SURUBIM-PE

V1C - CONDUTOR DE V1 - AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA

V1C - Informações

Nome: AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA
Data de Nascimento: 26/06/1972
CPF: 821.409.604-91
Estado civil: Divorciado(a)
Sexo: Masculino
Estado físico: Lesões Graves
Usava cinto de segurança: Sim

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AE
Primeira habilitação: 27/10/1990
Nº Registro: 02489602337
UF: PE
Vencimento da habilitação: 05/12/2022
Motorista profissional: Não
Observações CNH: 99

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não
Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: JERONIMO HERACLIO, 0166, CASA, CENTRO, SURUBIM-PE
Telefone: 8196562800
Email:

V1C - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico
Tipo de Repector: Hospital ou clínica
Informações complementares: Encaminhado pelo SAMU para o Hospital Nossa Senhora de Fátima de Panelas.

LIDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro/ou ANI | 3 - DT da vítima | 4 - Nome completo da vítima

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo | 6 - CPF

7 - Profissão | 8 - Endereço | 9 - Número | 10 - Complemento

11 - Bairro | 12 - Cidade | 13 - Estado | 14 - CEP

15 - Email | 16 - Telefone(s)

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal

18 - CPF do Representante Legal | 19 - Nº Registro do Representante Legal

Declaro: [illegible] (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA

☒ [illegible] | ☐ R$ [illegible] | ☐ R$ [illegible]
☐ [illegible] | ☐ R$ [illegible] | ☐ [illegible]

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA [illegible] ☐ CONTA CORRENTE [illegible]

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: [illegible] CONTA [illegible] | AGÊNCIA: [illegible] CONTA: [illegible]

Autorizo: [illegible]

INVALIDEZ PERMANENTE

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

☒ Declaro: [illegible]

- não ha IML que atenda a região do acidente ou da minha residencia, ou
- o IML que atende a região do acidente ou da minha residencia não realiza pericias para fins do Seguro DPVAT, ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza pericias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima

25 - Grau de Parentesco com a vítima | 26 - Vítima de vínculo companheiro(a)? ☐ Sim ☐ Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | 29 - Se tiver filhos, informar: Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou descendentes (netos)? ☐ Sim ☐ Não | 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não | 32 - Se tiver irmãos, informar: Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente: [illegible]

NÃO ALFABETIZADO

34 [illegible]

Assinatura de testemunha por extenso

Assinatura de testemunha por extenso

TESTEMUNHAS

35 - 1º | Nome

CPF

Assinatura da testemunha

36 - 2º | Nome

CPF

Assinatura da testemunha

[illegible]

Assinatura da vítima/beneficiário/requerente

37 - Assinatura do Representante Legal (se houver) | 38 - Assinatura do Procurador (se houver)

[illegible] 02/2019

HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FATIMA

SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE EMERGÊNCIA

Nome

Cartão SUS

Profissão

DN

Idade

Estado Civil

Cônjuge

Filiação

Mãe

Pai

Endereço

Equipe Plantonista

Médico

Enfermeiro

Técnicos de Enf

Triagem da Enfermagem

Uso de medicamentos: Sim Não Quais

Reações alérgicas: Sim Não Quais

SPO2

Peso

Fone 81 3691-1106

Diagnóstico provisório

Conduta

CRM/Assinatura

Endereço: Rua José Raimundo, s/n Centro Fanelas-PE CNPJ 10.292.425/0001-35
E-mail: hospitalpanelas@gmail.com Fone: (81) 3691-1106

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: 19/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01295

CONTA: 000000013714-6

Nr. da Autenticação 51A88A8BE1B13033

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

CELPE

15189786016 10/2019

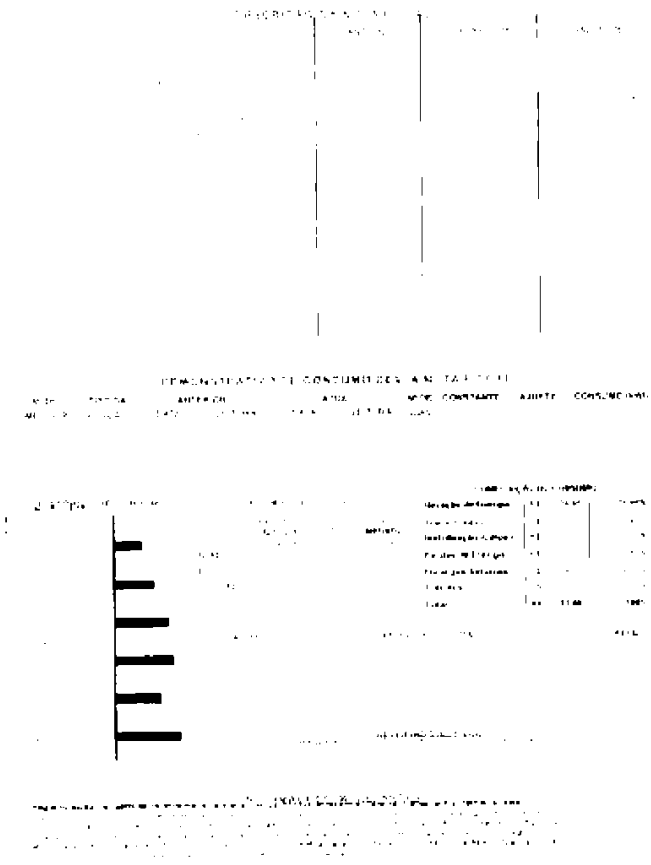
14/10/2019 07/11/2019

106 97

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

CELPE



Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 022 1204 ou 0800 22 1204 (exclusivo para deficientes auditivos)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

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

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

[illegible]

Pelo exposto [illegible] inscrito(a) no CPF [illegible] na qualidade de Procurador(a), Intermediário(a) do Beneficiário [illegible] inscrito(a) no CPF sob o Nº [illegible] do sinistro de DPVAT cobertura [illegible] da Vítima [illegible] inscrito(a) no CPF sob o Nº [illegible], conforme determinação da Circular Susep 445/12

Declaro Profissão _____ Renda _____ e apresentados documentos comprobatórios

( ) Recuso informar

Declaro ainda sob as penas da lei e para fins de prova junto à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: [illegible] Número: [illegible] Complemento: [illegible]
Bairro: [illegible] Cidade: [illegible] Estado: [illegible]
CEP: [illegible] Telefone residencial: [illegible] Telefone celular: [illegible]

[illegible] de [illegible] de [illegible]
Local e Data

Assinatura do Declarante

[illegible]

HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FATIMA

SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE EMERGÊNCIA

Nome

Cartão SUS

Profissão

DN

Idade

Estado Civil

Cônjuge

Filiação

Mãe

Pai

Endereço

Equipe Plantonista

Médico

Enfermeiro

Técnicos de Enf

Triagem da Enfermagem

Uso de medicamentos: Sim Não Quais

Reações alérgicas: Sim Não Quais

SPO2

Peso

Fone 81 3691-1106

Diagnóstico provisório

Conduta

CRM/Assinatura

Endereço: Rua José Raimundo, s/n Centro Fanelas-PE CNPJ 10.292.425/0001-35
E-mail: hospitalpanelas@gmail.com Fone: (81) 3691-1106

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr (a) **Auto Maerby Guerra Mendonça** , Esteve Interno (a) **Nesta Unidade de Saúde no dia 17/07/2019 a 17/07/2019** , com **Registro Hospitalar: 341994**

OBS : Vítima de Acidente de Trânsito.

Desde já nos colocamos a disposição para mais esclarecimentos.

Caruaru, 12 de Novembro 2019

setor de Arquivo (same)

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: [illegible] Prontuario: [illegible]41994

Nome: AUTO MAFREY GUERRA MENDONÇA
Data Nasc.: [illegible] **Idade:** 47 **Sexo:** MASCULINO **Cor:** PARDA **Religião:**
CPF: **RG:** **CNS:** [illegible]
Endereço: RU[illegible] JUNIMO HERASMO **Nº:** 166
Bairro: CENTRO **Cidade:** GURUERI **Estado:** PE
CEP: 557[illegible] **Fone:** 9[illegible]2376 **Profissão:** MOTORISTA
Nome da Mãe: [illegible]SEFA GUERRA MENDONÇA
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATT COM VEICULO PESADO
Clínica: CIRURGIA GERAL

2 - ATENDIMENTO Data: 17/07/2019 18:20 Medico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal: TRDA

Exame Fisico PA: FC: FR:

Diag. Provisorio

Prescrição: **Dieta:**

Data		Horario
[illegible]	[illegible]	[illegible]

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido ( ) Paciente (X) Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar

Nome: RG:

Endereço: Tel:

Data:

Assinatura

Autorização de Procedimeto ( ) Paciente ( ) Familiar

Nome: RG:

Endereço Tel

Procedimento:

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente:

( ) Alta ( ) Cirurgia ( ) Obito ( ) Evadiu-se Termo de Alta a Pedido

( ) Transferência Internamento

Condição de Alta

( ) Curado ( ) Melhorado ( ) Inalterado ( ) Obito

Data: **Hora:** **Médico:** **CRM:**

17/07/ 07

2 de 2

Usuario do Atendimento
SIMONESC

DOM HELDER CAMARA

IMIP

ALTERAÇÃO DE CADASTRO

Prontuário: 118466
Nome: ALTO MAERBY GUERRA MENDONCA
Mãe: LUCILEA GUERRA MENDONCA

Cadastro aberto com dados incorretos: Mãe: LUCILELA GUERRA MENDONCA, pelo usuário MARIA NEUMA PATRICIO GODE em 19/07/2019.

Justificativa:

Tendo em vista a solicitação de correção feita pelo paciente apresentando documento de identidade nº 06687 M1 PE foi procedida a referida alteração.

Cabo, 29/11/2019

Rivania Brito
Coordenadora Same Faturamento

HDM-Hospital Dom Helder Câmara
Samuel Santos
Arquivista
Same/faturamento

HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA

IMIP

Atendimento: 512110 Senha da Classificação: [redacted]24

Data e Hora: 19/07/2019 12:21

Paciente: 118466 AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 26/06/1972 Idade: 47 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe:: LUCILEIA GUERRA MENDONCA Nome do Pai: JOSE ALDO MENDONCA

Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTINS CRM 14410

Endereço: RUA JERONIMO HERACLIO – 166 Bairro: CENTRO

Cidade/UF: SURUBIM PE Usuário Atendimento: MARIANPG

RG (Identidade): Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Fisica): Fone: 99730676

Cartão SUS: Data de Emissão CRN:

[redacted]

12 AGO 2019

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: Altura: Temperatura: Hora:

Queixa Principal: Vítima de capotamento há 2 dias. Refere oligúria à noite

Exame Fisico: Abdome depressível

Hipótese Diagnostico: Trauma Abdominal

Conduta Terapeutica: TC Abdome

Prescrição Médica:

ATENDIDO SF 0,9% 1000 ml EV 16:30 ATENDIDO

Profenid 100 mg + 100 ml SF EV 13:15 ATENDIDO

Captopril 25 mg VO 13:15

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

[redacted]

19/07/04
15h

Cirurgia Geral

Paciente em leito da área verde, queixando-se de oligúria, com somente 01 diurese hoje pela manhã. Refere ainda "pênis reduzido de tamanho", sem dor local ou hematoma no momento. Relata discomforto abdominal.

Exame Físico:

Regular, consciente, orientado, afebril, anic. ictérico, acianótico, corado.

AR: MV⊕ AHT, sem RA. FR 20.

ACV: RCR, BNF em 2T, s/ sopros. FC 92. PA 150 x 90

ABD: globoso, depressível, doloroso difusamente à palpação profunda, sem sinais de peritonite, RHA⊕.

MMII: edema em MIE (+/4+), sem dor ou flogose

Pele: escoriações e equimoses em abdomen, braço E e MIE.

Paciente não teve diurese satisfatória após 1000ml SF

Cd: Internamento
Solicito exames

HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA

MIP

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 512131 **Data e Hora do Atendimento:** 19/07/2019 18:28
Usuário do Atendimento: MARIZAMSS **Convênio:** SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA **Prontuário:** 1184
Nome da Mãe: LUCILEIA GUERRA MENDONCA **Nome do Pai:** JOSE ALDO MENDONCA
Data do Nascimento: 26/06/1972 **Idade:** 47 **anos Sexo:** MASCULINO
Estado Civil: SOLTEIRO **RG:** **Data Emissão:**
CPF: **Certidão de Nascimento:** **Data Emissão**
Naturalidade: **Escolaridade:** MEDIO (2º GRAU) COMPLETO
Carteira Nacional SUS: **Ocupação Habitual:** MOTORISTA
Endereço: RUA JERONIMO HERACLIO 166 CENTRO
Cidade: SURUBIM PE **CEP:** 55750970 **Fone:** 997306

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: DEMANDA ESPONTANEA
Médico: MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTIN **CRM:** 14418
Especialidade: CIRURGIA GERAL
Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA **Leito:** LEITO 15

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirurgicos (intervenção cirurgica, anestesias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstistico tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 19/07/2019

Assinatura e R.G. do Responsável:

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta:
Diagnostico:
Procedimento:
Alta em: / / 19 **Hora:**
Médico e C.R.M: Faezy Médico CRM-PE 27.361
Responsável pela retirada do paciente - Nome:
Assinatura e R.G:

Vigilância Epidemiológica
NEPI / HDH
26/7/19
Bruna

15/07/2019

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo **PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP**

Data e hora retirada da senha: 19/07/2019 12:08

Nome Paciente:	AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	26/06/1972
Sexo:	Masculino
Idade:	47
Senha:	0024
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Período: 19/07/2019 12:11 - 19/07/2019 12:15

IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade	[redacted]
Cor	AMARELO
Queixa Principal	PCT VEIO POR DEMANDA ESPONTANEA, COM RELATO DE DORSALGIA + DOR EM MSE + PRESENÇA DE EDEMA E ESCORIAÇOES E DOR EM MIE APOS CAPOTAMENTO HA + OU - 1 HORA
Observação	DM (+) NEGA HAS E ALERGIA MEDICAMENTOSA
Fluxograma sintoma:	TRAUMA
Discriminador(es):	- FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO
Especialidade:	CIRURGIA GERAL
Sinais Vitais Lidos	- PAD: 110.00 MMHG - PAS: 156.00 MMHG

Acolhido(a) por: IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 19/07/2019 12:15

HOSPITAL DOM HELDER

HOSPITAL DOM HÉLDER CÂMARA
Serviço de Clínica Médica
FICHA DE ADMISSÃO

IMIP

Nome: Auto Moerby Guerra Mendonça **Nasc:** **Sexo:** M F
Registro: **Mãe:**
Logradouro: **Bairro:** **Cidade:**
Idade: 33 anos **Estado Civil:** **Profissão:**
Natural: **Procedente:** **Religião:**
Admissão HDH: 2 **Admissão CM:** 29/07/19 **Enfermaria-Leito:** 412

QUEIXA PRINCIPAL E DURAÇÃO

Oligúria há 1 dia.

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Paciente vítima de acidente automobilístico há 9 dias (capotou [illegible] e ficou preso em metade esquerda do corpo por cerca de 4h). Evadiu do hospital (UPA) e retornou no dia seguinte por oligúria, quando UPA encaminhou ao HDH.

INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO

A) Geral
1. Astenia 2. Anorexia 3. Alteração de Peso 4. Febre 5. Edema 6. Cianose 7. Ictericia
8. Palidez 9. Alteração de Fâneros 10. Lesões de Pele 11. Adenomegalias 12. Prurido
Escoriações em MSE + MIE e abdome.

B) Cabeça e Pescoço 0
1. Cefaleia 2. Tumorações 3. Acuidade Visual 4. Escotomas 5. Diplopia 6. Fotofobia 7. Dor Ocular
8. Lacrimejamento 9. Amaurose 10. Obstrução Nasal 11. Secreção 12. Epistaxe 13. Disfonia
14. Acuidade Auditiva 15. Otalgia 16. Otorreia 17. Otorragia 18. Zumbido

C) Aparelho Cardiovascular 0
1. Dispneia 2. Precordialgia 3. Ortopneia 4. Dispneia Paroxística Noturna 5. Palpitações

D) Aparelho Respiratório 0
1. Dispneia 2. Dor Torácica 3. Tosse 4. Expectoração 5. Hemoptise 6. Vômica

HOSPITAL DOM HELDER

HOSPITAL DOM HÉLDER CÂMARA
Serviço de Clínica Médica
FICHA DE ADMISSÃO

IMIP

E) Aparelho Digestivo
1. Alterações Dentárias / 2. Disfagia / 3. Odinofagia / 4. Regurgitação / 5. Pirose / 6. Náuseas / 7. Vômitos / 8. Empachamento Pos prandial / 9. Dor Abdominal / 10. Hematêmese / 11 Melena / 12. Enterorragia / 13. Hábito Intestinal / 14. Diarreia (muco, pus e sangue) / 15. Constipação / 16 Acolia / 17 Eliminação de Parasitas / 18. Dor ou Prurido Anal / 19. Intolerância Alimentar / 20. Flatulência
Abdome doloroso difusamente.

F) Aparelho Genito-Urinário Ø
1. Disúria / 2. Polaciúria / 3. Nictúria / 4. Hematúria / 5. Incontinência Urinária / 6. Esforço Miccional / 7 Jato Partido / 8. Secreção Uretral ou Vaginal / 9. Prurido / 10. Disfunção Erétil / 11. Esterilidade / 12. Tumoração
vide HDA.

G) Aparelho Osteomuscular e Vascular
1 Mialgia / 2. Artralgia / 3. Artrite / 4. Limitação de Força ou Movimento / 5. Tumorações ou Deformidades / 6. Claudicação / 7 Flebite / 8. Linfedema
DOC em MSE.

) Sistema Nervoso e Psiquiátrico
1. Insônia / 2. Síncope / 3. Convulsão / 4. Vertigem / 5. Paresia ou Plegia / 6. Parestesia ou Anestesia / 7 Distúrbios Esfincterianos / 8. Labilidade Emocional / 9. Distúrbio de Comportamento

ANTECEDENTES

A) Patológicos
1 Infecções / 2. Anemia / 3. Tuberculose / 4. Asma / 5. DPOC / 6. Outras Pneumopatias / 7. Hepatite / 8 Câncer / 9. HAS / 10. DM / 11. DST / 12. Epilepsias / 13. AVC / 14. IAM / 15. Doença da Tireoide / 16. Doença Reu.
DM 2.

B) Passado Cirúrgico / Traumáticos / Internamentos Anteriores
Acidente Automobilístico há 38 anos

Medicamentos em Uso (nome, dose, frequência, tempo de uso)
Metformina 850mg 2x/dia

C) Alergias
Nega.

D) Transfusão de Hemoderivados
Nega.

E) Antecedentes Sexuais
1. Vida Sexual Ativa ou Inativa / 2. Número Atual e Passado de Parceiros / 3. Uso de Proteção
Não avaliado.

F) Antecedentes Ginecológicos
1 Menarca / 2. Gesta-Para-Aborto / 3. Ciclos Menstruais / 4. Alterações Menstruais / 5. Menopausa / 6. Uso de Anticoncepcional
Não se aplica.

G) Hábitos

Pernambuco | HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA | GESTÃO IMIP HOSPITALAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Auto Maurby Guerra mendoça Registro:

Clínica: Enfermaria: Leito:

Data/Hora	
20/07/19	# Evolução clínica # HD: ~~pós~~, diga, trauma abdominal Rabdomiólise (IRA) Paciente refere dor abdominal leve, sem outras queixas. Em centro: SVD com 100 ml de urina (colocada ontem à tarde) Ao exame: ECG consciente, orientado, hidratado, afebril AC: RCR em 2t, BNF s/ sopro. AR: MV+ em AHT, s/ RA. FR = 18 / FC = 84 SatO2 = 98% em AA. ABD: globoso, de parede doloroso difusamente à palpação profunda sem sinais de peritonite. RHA+, s/ VMG. MMII: edema +/4+ à esq. Pele: escoriações em ABD, MMSS e MMII Cd: ① Resgato lab: CPK 28534; Cr = 7,32; K = 4,5; Hb 13,8; leuco = 16000 (0783); Plaq = 203000; Ur = 146 ② Solicito parecer da cir.

Hugo Viana
Cirurgião Geral
CRM-PE 16012

DOM HELDER CÂMARA | GESTÃO IMIP HOSPITALAR

ENFERMARIA DE CLÍNICA MÉDICA
EVOLUÇÃO CLÍNICA

Pernambuco

NOME: Audo Hoerby Guerra Mendonça IDADE: 33 anos
REG: 115166 LEITO: 912-C 21 ATENDIMENTO: 512331 DATA: 27/07/2019
ANTIBIÓTICOS: ☒ NENHUM _____ (DO: __/__) _____ (DO: __/__) _____ (DO: __/__)

PRINCIPAIS HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

1. Sd. coronariana aguda
2. Pericardite ?
3. LRA ?
4. HAS

PENDÊNCIAS, REAVALIAÇÕES, ORIENTAÇÕES DO M.A. ☐ SEM PENDÊNCIAS. OBSERVAR APENAS INTERCORRÊNCIAS

Laboratório
USG MMII → sem alterações

1) ☒ ΔPA = NORMAL (120 - 130)X(100 - 60)
2) ΔFC = ☐ NORMAL (-)
3) ΔT = ☒ AFEBRIL (-) ____ PICOS
4) ΔHGT = ☒ NORMAL (/ / /)
5) DIURESE = ☐ NORMAL 4200 mL / 24h - com irrigação ; PESO _____
6) Di 60 → Diurese 1900 mL
7)

☐ SEM EXAMES ☒ RESULTADO DE EXAMES SOLICITADOS
26/07/19
NA+ 135 K+ 5,0 CL- 102 BIC ___ UR 20 CR 1,18
HB 9,1 HT 29,7 LEUC 11300 BT — VG 12 PLAQ 281
INR ___ UR ___
Ca 8,3 CPK 3559
26/07/19
RA 23 (80%) CPK > 1267 RE 28 CA 8,25 [illegible]
HB 9,8 Leuc 10[illegible] [illegible]
☐ OUTROS EXAMES, VIDE VERSO

☒ SEM QUEIXAS ☐ SEM INTERCORRÊNCIAS ☐ SEM O2 SUP. ☐ O2 NASAL ☐ VENTURI ☐ TQT ☐ ESTÁVEL ☐ INSTÁVEL

AD EXAME: LG ☒ ☐ ☒ EUPNEICO(A) ☒ HIDRATADO(A) ☒ AFEBRIL ☒ NORMOCORADO(A) ☒ CONSCIENTE ☒ ORIENTADO(A) ☐ ☐ ☐
☐ DISPNÉICO(A) ☐ DESIDRATADO(A) ☐ FEBRIL ☐ HIPOCORADO(A) ☐ COMATOSO ☐ DESORIENTADO(A) ☐ ☐

AR: ☒ MV+ EM AHT, SEM RA. OUTROS: FR = 16 ipm.
ACV: ☒ RCR EM 2T, BNF FC: 96 BPM OUTROS: PA: 140x70 mmHg
ABD: ☒ FLÁCIDO, DEPRESSÍVEL, INDOLOR ☐ ☐ Doloroso à palpação de HCD, sem sinais de irritação peritoneal
OUTROS: MIE edemaciado e doloroso à palpação

CONDUTA
1. Mantenho hidratação.
2. Resgato laudo de USG de MMII (26/07/19) sem TVP.
3. Solicito exames laboratoriais.

Ernani Faezy
Médico
CRM-PE 27[illegible]

Nefrologia - cdc
04.08.2019

- LRA - poliúrica - Rabdomiólise

- cat. Hfzd: 20/07.

- Diurese ⊕, boa volume.

- quadro clínico estável
Evolui sem mudanças
relata ↑ diurese.
Sem edemas.

Exames 01/08 (últimos
disponíveis)
Cr 7,30
K+ 4,90
Na+ 135
U 120

Conduta: Nova ad hoje.
Temp: 3ms - 4 HSL - hipiore.

Solicito Exames
Bq + Hug

Joaquim Mello
Nefrologista
CRM 1[illegible]

Cdc Enfermagem
Paciente dialisou por 3hs realizado o Curativo em Cdc
HD Completa sem intercorrência

Técnico de Enfermagem
COREN-[illegible]

Pernambuco

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Auto Hauby Registro:

Clínica: Enfermaria: Leito:

Data/Hora	
	28-02-2019 Nefrologia - cpe
	- Leptospira - Rabdomiólise - DM - LRA em HD
	- cdh - Hgd - 20/02
	- quadro clínico inalterado evolui sem sudoreses ↑ volume MSE. ↑ diurese
	- Exames 28/02 Cr 8,66 — K 4,6 — Ur 97 Hb 8,7 — Leuco 20.800 — Vol 153
	- Conduta: Nova sessão de HD Amanhã
	Joaquim Mello Nefrologista CRM 11698
	ATENDIMENTO NUTRICIONAL 30/07/19 - 11:30 hs
	Hospital Dom Hélder Câmara Solange Lima Fonoaudiologa SAME

COD 3825

Pernambuco

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Luto Maurly Guerra Registro:

Clínica: Enfermaria: Leito:

Data/Hora	
	Atendimento Nutricional Data: 05/08/19 Hora: 11:15 HS Nutricionista Responsável Keila A. Pereira Barreto Nutricionista CRN 6 - 10646
	Hospital Dom Helder Câmara Serviço Livre Fisioterapia / SAME Em:
	CLÍNICA NEFRO - CDC
	Daniel Cezar Gadelha Med. Interno / Nefrologia CRM-PE 19.087
	FORA DO LEITO
	08/08/19 #Nefro CDC#
	NTA por rabdomiólise (trauma)
	Diurese >2L/d (antes tinha creat >5,0)
	Pct bem sem queixas
	Colheu exames ontem, porém devido queda de energia, sistema está fora do ar.
	CI: HD T=3h, hep 5000, UFe 0,5L
	Resgatar exames p/ vigor hora de interromper a diálise. !!!!
	Yves Cordeiro Filho Médico Nefrologista CRM-PE 19.087

CÓD 38251

ENFERMARIA DE CLÍNICA MÉDICA
EVOLUÇÃO CLÍNICA

Pernambuco

NOME: AUTO VIENSY GUERRA IDADE: 45 anos
REG: 111466 LEITO: 411-C4 ATENDIMENTO: DATA: 12/08/2019
ANTIBIÓTICOS: ☐ NENHUM (DO: __/__) (DO: __/__) (DO: __/__)

PRINCIPAIS HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS
1) PTI ?
2) Ecmotúrica ate superada diag.
1) Politrauma
2) Pelvomastite

PENDÊNCIAS, REAVALIAÇÕES, ORIENTAÇÕES (DO)
M.A. ☐ SEM PENDÊNCIAS OBSERVAR APENAS INTERC...

1) ΔPA = NORMAL (120 - 150)X(50 80)
2) ☐ΔFC = ☐NORMAL (-)
3) ΔT = X AFEBRIL (-) ____ PICOS
4) ☐ΔHGT = ☐NORMAL (SN / /)
5) ☐DIURESE = NORMAL _____ ml/kg ☐ PESO _____
900 ml
6)
7)

☐ SEM EXAMES RESULTADO DE EXAMES SOLICITADOS
NA+ ____ K+ ____ +CL ____ BIC ____ UR ____ CR 4,07
HB 7,8 HT ____ LEUC ____ BT ____ SG ____
INR ____
OUTROS EXAMES, VIDE VERSO

☐ SEM QUEIXAS ☐ SEM INTERCORRÊNCIAS ☐SEM O2 SUPL ☐O2 NASAL ☐VENTURI ____ ☐TQT ☐ESTÁVEL ☐INSTÁVEL

Paciente evolui bem, fez diálise ontem, sem intercorrências. Refere que ontem ao evacuar expeliu um coágulo de coloração escura e odor fétido (refere ter sido semelhante aos coágulos que saía da lavagem de bexiga, no início do quadro do paciente).

AO EXAME: EG 3, X EUPNEICO(A) X HIDRATADO(A) X AFEBRIL X NORMOCORADO(A) X CONSCIENTE X ORIENTADO(A) X ACIANÓTICO(A)
☐ DISPNÉICO(A) ☐ DESIDRATADO(A) ☐ FEBRIL ☐ HIPOCORADO(A) ☐ COMATOSO ☐ DESORIENTADO(A) ☐ TAQUIPNÉICO(A)

AH: X MV+ EM AHT, SEM RA, OUTROS: ACV: X RCR EM 2T, BNF FC: 87 BPM OUTROS ABD: X PLANO DD, DEPRESSÍVEL, INDOLOR, ...
Fr 22 Sat O2 98%-99% PA = 100x70 mmHg

OUTROS:

CONDUTA
1. Conversa com a mãe sobre possibilidade de realizar um eletroencefalograma para analisar não crise e pós crise.
2. Agendar clínica satélite.
3. Realizar USD abdominal. Exames lab. pré-diálise (ureia, cr...)

Lucas Reis ...

17/08/19 #CDC NEFROLOGIA#

[illegible] encontra-se [illegible] no leito.

[illegible] anterior (17/08).
Cr = 4,0 Ur 88 K 4,2

CD: solicito exames p/ amanhã cedo.
Iniciar HD amanhã
Sem programação de HD hoje.

Heliana Morato
Médica
CRM 18831

18/08/19 HEMODIÁLISE
18/08/19 [illegible]

#CDC - NEFROLOGIA#
CDL VJID 20/07.

Paciente sem queixas.
[illegible] diurese um pouco menor

Exames (18/08).
Cr 4,6 K 4,6 Ur 114.

[illegible] consciente, orientado, eupneico, afebril.
[illegible] em AAE S/LA.
[illegible] 122x67 mmHg.
[illegible] clínica

CD HD hoje (T 3h VF [illegible] 1,0 L Hep 5000UI).

Heliana Morato
Médica
CRM 18831

Pernambuco | HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA | GESTÃO IMIP HOSPITALAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Anto. Mackby Registro:

Clínica: 118466 Enfermaria: Leito:

Data/Hora	
14/08/19	# NEFRO - CDC #
	Sem Queixas
	Pulmões limpos
	Edema de MMII (+/4+)
	PA = 130x60 mmHg
	CD ① HD hoje { Tempo 3h, Hep 2500, UFC 20L
	HEMODIÁLISE
	Data: 14/08/19 Hora:
14.08.19	# CDC Enfermagem #
	Paciente dialisou por 03 horas em [illegible], mantendo eupnéico em CDL, sem presença de minais fisiológicos. Segue [illegible] sem queixas
	15/08/19 # Nefro CDC #
	LRA sec rabdomiólise - em HD
	CDL VJID 20/07 - fez HD ontem
	Estável, nega queixas? Tem boa diurese
	Possível HD amanhã, porém avaliar exames de hoje antes de realizar sessão (possível recuperação)

Daniel Cosme Galvão
Med. Interna / Nefrologia
CRM-PE 7722

Oscar Camisão Filho
Nefrologia
CRM-PE

COD 38251

Pernambuco

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Auto Maerby Registro:

Clínica: Enfermaria: Leito:

Data/Hora	
16/8	— CDC / Nefro —
	· HD - As Mermas
	· Diurese ⊕ (Não medida!)
	· Exames: U91 Na 4,1 (↑3,6) K 4,5
	→ Estável, s/ Queixas!
	· Conduta → HD hoje: 3h heparina 2500 UI UF 1500 ml
	Dra. Nathalie Lopes CRM-PE 23.557
16.08.10	#CDC Enfermagem# Paciente Dialisa por 03 horas em ECR, mantido cateter em CDI, sem presença de sinais flogísticos. Segue HD. no momento, sem queixas.
	Atendimento Nutricional Data: 17/09/18 Hora: 15:40 HS Nutricionista Responsável Elissandra Sâmara Nutricionista CRN6 10548 HR - Hospital Dom Helder Câmara Solange Lyra Fonoaudiologa / SAMB SAMB

CÓD. 38251

Dom Helder Câmara | GESTÃO IMIP HOSPITALAR

ENFERMARIA DE CLÍNICA MÉDICA
EVOLUÇÃO CLÍNICA

Pernambuco

NOME: Auto Maerby Guerra IDADE: 45 anos
REG: 118466 LEITO: 411-04 ATENDIMENTO: DATA: 18/08/2019
ANTIBIÓTICOS: ☐ NENHUM _____ (DO: __/__) _____ (DO: __/__) _____ (DO: __/__)

PRINCIPAIS HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS	PENDÊNCIAS, REAVALIAÇÕES, ORIENTAÇÕES DO M.A. ☐ SEM PENDÊNCIAS. OBSERVAR APENAS INTERCORRÊNCIAS
1) ~~PTI?~~ (sem efeito) 2) ~~eosinofilia suspeita~~ 1) Poltrauma 2) Rabdomiólise	

1) ☐ ΔPA = ☒ NORMAL (120 / 70)(X) 60 - 70) 2) ΔFC = ☐ NORMAL (-) 3) ΔT = ☒ AFEBRIL (-) ____ PICOS 4) ☐ ΔHGT = ☐ NORMAL (/ / / ISN 5) DIURESE = ☐ NORMAL 600ml manhã presente noite ☐ PESO _____ 6) 7)	☐ SEM EXAMES ☐ RESULTADO DE EXAMES SOLICITADOS NA+ _____ K+ _____ +Cl _____ BIC _____ HB _____ HT _____ LEUC _____ BT _____ INR _____ ☐ OUTROS EXAMES. VIDE VERSO

☐ SEM QUEIXAS ☐ SEM INTERCORRÊNCIAS ☐ SEM O2 SUPL ☐ O2 NASAL ☐ VENTURI ____ ☐ PQT ☐ ESTÁVEL ☐ INSTÁVEL ☐ GRAVE ☐ SUPORTE

Paciente refere que está se alimentando muito pouco, não consegue ingerir a comida do hospital, nem água. Relata que o braço esquerdo está formigando, melhorando o edema e conseguindo alguns movimentos. Diurese ⊕.

AO EXAME: EG B ☒ EUPNEICO(A) ☐ HIDRATADO(A) ☒ AFEBRIL ☒ NORMOCORADO(A) ☒ CONSCIENTE ☐ ORIENTADO(A) ☐ ANICTÉRICO(A)
☐ DISPNEICO(A) ☐ DESIDRATADO(A) ☐ FEBRIL ☐ HIPOCORADO(A) ☐ COMATOSO ☐ DESORIENTADO(A) ☐ ICTÉRICO(A)

AR: ☒ MV+ EM AHT SEM RA. OUTROS: FR. 18	ACV: ☒ RCR (M 2T, BNF. FC. 93 BPM. OUTROS: SatO2 99%	ABD. ☒ LIVRE, DEPRESSÍVEL, INDOLOR, RHA PA 120x70 mmHg.

OUTROS:

CONDUTA
1) Avaliado Clínica de Diálise.

Ernani Faezy
Médico
CRM-PE 27 353

Pernambuco HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA GESTÃO IMIP HOSPITALAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: ______________________ **Registro:** ____________

Clínica: ______________ **Enfermaria:** ______________ **Leito:** ____________

Data/Hora	
	Atendimento Nutricional Data: [illegible] Hora: [illegible] Nutricionista Responsável Elissandra Santana Nutricionista CRN6 10548
18/08/19	# evo. Enfermagem Paciente dialisou por 2hrs em [illegible] sem queixas relatadas, [illegible] em [illegible] 50 com [illegible] de [illegible] [illegible] [illegible] origem.
23.8.19 12:30h	# Psicologia # Foi realizado atendimento conforme solicitação da equipe (enfermagem). Pcte mostrado comunicativo, animado; algo [illegible]. Apresentava dificuldade de aceitação da doença e período de hospitalização. Atendimento visando acolhimento e estabelecimento de vínculo. Seguimos acompanhamento da psicologia.

Pernambuco

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ Registro: _____

Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
30/08/19	# Serviço Social # Realizado atendimento da paciente prestada orientações sobre fluxo e rotina hospitalar. Juliana Maria do Nascimento Assistente Social CRESS nº 8038 - 2ª Região/PE
	# Pediatria #
Qt 04 M Mar	Pai visitado. 18 meses, encontra-se "doente". A esposa enfatiza que os gêmeos eram aparentados depois de um cobertor e sono, e teriam dito pelo não. Atendimento extremamente. Tatiana Nascimento Psicóloga Clínica / HDMC CRP-02/13218 Solange Lyra Fonoaudiólogo / SAMU

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: [illegible] Registro:

Clínica: Enfermaria: 4 Leito:

Data/Hora	
21/8/19	CDC nefrologia
	Sem queixas
	Diurese SVD + ?
	HDantem, CDL VJD
	Passentar
	ABP, sem febre
	Rim esquerdo
	ACNA
	Edema ++ endotado afebril
	consciente
	HD amanhã, VCom pré HD
	Urgência cirúrgica
	[illegible]
22/08/19	CDC nefrologia
	CDL VJD 20/07
	Eritro 21/8
	Cr 4,55 K 4,3 Na 137 U 119
	Ecg ritmo sinusal
	PA: 120x60 ritmo
	sedado
	NU + ANT SN RA
	Cx: Hemodiálise
	+ 3h30' Hep = 5000 UFC = 1 SL
	manter recuperação

HEMODIÁLISE 22.08.19

Carolina Jordão Nefrologista CRM-PE 20.301

CCD 38251

Pernambuco

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Ana Maria Registro:

Clínica: Enfermaria: Leito:

Data/Hora	
22.08.11	* cx Enfermagem Paciente Evolui por 03 horas e meia em FOR, sendo cuidado em EDL, sem presença de sinais flogísticos. Segue HD, no momento, sem queixa. Islaine Cristina C. Lima Enfermeira COREN 0149084

COD. 38251

Pernambuco

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Auto Maerby Cravo Medeiros **Registro:** 1184606

Clínica: _____ **Enfermaria:** 411 **Leito:** 04

Data/Hora	#Serviço Social#
26/08/19	Realizado atendimento social ao usuário, o qual refere que deseja ser encaminhado para realizar hemodiálise em clínica ecocardiografia em Caruaru, uma vez que clínica que também atende seu município tem apresentado lista de espera. Informação repassada ao NIR.
28/8/19	CDC refrigerador Dieta 1500 + ?? PA sentado Sem dor ATB ∅ Mantém sumiu Acuity Edema ∅ colusão Ausente HD 3 5 sd Exames a note [illegible]

Hospital Dom Helder Câmara
Serviço Social
CRESS-PE

JH - Hospital Dom Helder Câmara
Solange Lyra
Assistente Social / SAME
SM

COD 38251

Pernambuco

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA

Nome: [illegible] **Registro:** _____

Clínica: _____ **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____

Data/Hora	
[illegible]	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	Fernanda E. Ramos
	CREFITO 108754-F
[illegible]	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	Fernanda E. Ramos
	CREFITO 108754-F
02/08/19	# Fisioterapia #
	[illegible]
	Paciente [illegible] em EGA, [illegible]
	Grau de força muscular 2 [illegible]
	Realizando [illegible]
	HEC 54 UTI
	AR HO AMT SCA
	[illegible]

Bruna [illegible] CREFITO [illegible]

COD 78827

Pernambuco

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA

Nome: _____ **Registro:** _____

Clínica: _____ **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____

Data/Hora	
	* Fisioterapia *
	HD dos mesmos
	Paciente [illegible] em EGB, consciente, [illegible]
	[illegible] AFIAA, PV confortáveis.
	MRC 54, NF IV
	Fernanda A. S. Ramos
	CREFITO [illegible]
04/09/19	* Fisioterapia *
	HD dos mesmos
	Paciente [illegible] em EGB, consciente, [illegible]
	[illegible] AFIAA, PV confortáveis.
	MRC 54, NF IV
	ED: Manter conduta
	Bruna Albuquerque
	CREFITO [illegible]
	* Fisioterapia *
	HD dos mesmos
	Paciente [illegible] em EGB, consciente, [illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]

COD. 38827

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA

Nome: [illegible] **Registro:** [illegible]

Clínica: [illegible] **Enfermaria:** [illegible] **Leito:** [illegible]

Data/Hora	
06/09/19	[illegible]
	HD [illegible]
	Paciente [illegible] em EGB [illegible]
	[illegible] REIAA. [illegible]
	[illegible]
	HRC [illegible]
	[illegible]
[illegible]	[illegible]
	HD [illegible]
	Paciente [illegible] em EGB [illegible]
	[illegible] REIAA [illegible]
	[illegible]
	HRC [illegible]
	[illegible]
[illegible]	[illegible]
	HD [illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]

CCD: 30827

Pernambuco

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA

Nome: _____ **Registro:** _____

Clínica: _____ **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____

Data/Hora	
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]

CÓD. 38827

Pernambuco HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA GESTÃO IMIP HOSPITALAR

EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA

Nome: [illegible] **Registro:** [illegible]

Clínica: [illegible] **Enfermaria:** 4[illegible] **Leito:** [illegible]

Data/Hora	
16/09/19	# [illegible] #
	HD: [illegible]
	Paciente [illegible] em EGB [illegible]
	[illegible]
	e mesmo quadro [illegible]
	MRC 30 CF I
	Paciente acordada no momento, acompanhada [illegible] com mãe e avó
	CD: [illegible]
	Br[illegible]
[illegible]	# [illegible] #
	HD: As mesmas
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	- [illegible]
	- [illegible]
	Fellipe [illegible] CREFITO [illegible]
	- Melhora -
17/[illegible]/19	[illegible]
[illegible]	
	Mª Cássia Guerra

COD 35927

Pernambuco

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA

Nome: [illegible] Maria **Registro:** 338466

Clínica: CM **Enfermaria:** [illegible] **Leito:** [illegible]

Data/Hora	
28.09.19	# Fisioterapia #
	# UTI Adulto
	Paciente [illegible] em EGB, [illegible], [illegible]
	[illegible] à [illegible] RELAA. Relatou [illegible]
	melhora da mãe
	HDA 34, NF IV
	AC
	[illegible]
	+ Bimanualmente [illegible] MIE
	SFT [illegible] em MI =
	Bruna [illegible] CREFITO [illegible]
[illegible]	# Fisioterapia #
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	Fernando [illegible]
[illegible]	# Fisioterapia #
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	Fernando [illegible] CREFITO [illegible]-F

COD. 38827

Pernambuco

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA

Nome: _____ **Registro:** _____

Clínica: _____ **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____

Data/Hora	
[illegible]	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	Fernando [illegible] Ramos CREFITO [illegible]
25/09/19	* Fisioterapia *
	ED A 30 minutos
	P ele usado em EGB, está ok, consciente, [illegible]
	colaborador, mantendo mesmo quadro motor. Ficando
	dem pa maior e fv confortável
	MRC 04 UE V
	AR MV@ AMPLIA
	ED Aumentados de MIE
	e mesmo até um - [illegible]
	de MIE
	SIT
	com antepulso
	[illegible]
	[illegible]
[illegible]	= [illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	Fernando [illegible] Ramos CREFITO [illegible]

Pernambuco

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

IMIP HOSPITALAR

EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA

Nome: ______________________ Registro: ____________

Clínica: ____________ Enfermaria: ____________ Leito: ____________

Data/Hora	
[illegible]	[illegible]
	HD: [illegible]
	[illegible] encontra-se com muita [illegible] no momento
	[illegible] dor no [illegible] [illegible] [illegible]
	HRC 54, MF II
	[illegible]
	Bruna [illegible] Fisioterapeuta CREFITO [illegible]-F
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	Fernanda [illegible] Ramos CREFITO [illegible]

COD. 38827

Pernambuco

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

IMIP HOSPITALAR

EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA

Nome: [illegible] Registro: [illegible]

Clínica: [illegible] Enfermaria: [illegible] Leito: [illegible]

Data/Hora	
[illegible]	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
[illegible]	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]

Pernambuco

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Ruta Maria Guerra Registro:

Clínica: Enfermaria: Leito:

Data/Hora	
03/09/19	# Nefro EDC
	# Trauma Automobilístico # Rabdomiólise # LRA em HD # DM
28/07 V56	
	Paciente estável. S/ queixas Ao exame: S/ sinais de congestão ou anemia PA: 151x74
	Dr. ATB: Ø DV: 1700 ml S/ febre PD at. 3/9 às 14 horas HEMODIÁLISE
	Exames 02/09 Cl: 95 Cr: 5,04 K: 3,9 Na: 133 Hb: 9,5 L: 8400 Plaq: 322.000 Ur: 122
	Cl: (1) Solicita sorologia (2) HD hoje { 3h 30 min UF: 3,0L Heparina (3) Reg Clínica Solicita
	# CC Inflamação # Paciente Rabdomiólise por 03 horas em EGR, mantido anúrico em CC, sem presença de sinais flogísticos. Segue HD, no momento, sem queixas.

COD 38251

Pernambuco

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Auto maerby mendonça Registro: 1184466

Clínica: Enfermaria: 411 Leito: C4

Data/Hora	
03/09/19	# Serviço Social # Realizado contato com o Núcleo de Regulação Interna - NIR, repassado que o usuário deseja vaga em qualquer município. Juliana Cláucia do Nascimento Assistente Social CRESS nº 8081 - 1ª Região/PE
4/9/19	CD Neurologia Dreuen 550 + 7 HD 3 5 sch Px Sertaly Sertrline AHJ X MRS sem A elipse RCNT PA 130/80 abdome plano e indolor Edema ++ CD LUTO consulte Amanhã HD 3 7 5 sch Leonardo Maurício Medico CRM [illegible]

CDD 38251

Pernambuco | HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA | GESTÃO IMIP HOSPITALAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Anto Maemby Registro:

Clínica: Enfermaria: Leito:

Data/Hora	# Nefrologia #
07/09/19	# HD: 1ª vez
	Paciente clinicamente estável, sem queixas. Admite em moderado estado geral. ACV RCR 2T BNF, AR: 120x70 mmHg AP: MVU ⊖ RHF GEA: sem edema
22/1	Exames: Ca: 5,2 K: 3,7 Vmc: 105 Hb: 8,7
	cd: ⊖ HD lenta ⊖ Ap. C-5
07-09-19	# CDC Enfermagem # Paciente Dialisou por 03 horas e meia em EGA, mesmo ciente em CDC, sem presença de sinais flogísticos. Segue p/ o seu setor de origem, sem queixas.

COD. 38251

479 - 04

Hospital Dom Helder Câmara | GESTÃO IMIP HOSPITALAR | Pernambuco

ENFERMARIA DE CLÍNICA MÉDICA
EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Auto maerbey guerra mendonça IDADE: 45 a 07 SET 2019
REG: 118466 LEITO: 411-04 ATENDIMENTO: 512131 DATA: ____/08/2019
ANTIBIÓTICOS: ☒ NENHUM _____(DO:___/___) _____(DO:___/___)_____ (DO:___/___)

PRINCIPAIS HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS	PENDÊNCIAS, REAVALIAÇÕES, ORIENTAÇÕES DO M.A. ☒ SEM PENDÊNCIAS OBSERVAR APENAS INTERCORRÊNCIAS
1. TRAUMA AUTOMOBILÍSTICO 2. RABDOMIÓLISE SEC. P1 3. LRA EM TSR SEC. A P2 4. DM2	Regatar exames pré - [illegible]

1) ΔPA = NORMAL (120 - 100)X(80 70)	☐ SEM EXAMES ☐ RESULTADO DE EXAMES SOLICITADOS
2) ΔFC = ☐ NORMAL (-)	NA+_____K+_____+CL_____BIC_____UR_____
3) ΔT = ☒ AFEBRIL (-) _____PICOS	HB_____HT_____LEUC_____BT_____SG_____
4) ☐ ΔHGT = _ NORMAL (/ / /)	INR_____
5) ☐ DIURESE = ☒ NORMAL _____ml ☐ PESO _____	
6) Lasix ⊕	☐ OUTROS EXAMES, VIDE VERSO
7)	

☒ SEM QUEIXAS ☐ SEM INTERCORRÊNCIAS ☐ SEM O2 SUPL ☐ O2 NASAL ☐ VENTURI ____ ☐ TQT ☐ ESTÁVEL ☐ INSTÁVEL ☐ GRAVE ☐ SUPORTE

dizo dormindo em leito

AO EXAME: EG B ☒ EUPNEICO(A) ☒ HIDRATADO(A) ☒ AFEBRIL ☒ NORMOCORADO(A) ☒ CONSCIENTE ☒ ORIENTADO(A) ☒ ANICTÉRICO(A)
☐ DISPNÉICO(A) ☐ DESIDRATADO(A) ☐ FEBRIL ☐ HIPOCORADO(A) ☐ COMATOSO ☐ DESORIENTADO(A) ☐ ICTÉRICO(A)

AR: ☒ MV+ EM AH, SEM RA. OUTROS: ACV: ☒ RCR EM 21, BNF. FC._____BPM OUTROS: ABD: ☐ PLANO, DEPRESSÍVEL, INDOLOR, OUTROS PA = 120 x 70		

OUTROS:

CONDUTA:

1. Aguardo CS
2. Vigilância clínica

Carlos Alberto Gomes Maciel
CRM 27330

Hospital Dom Helder Câmara | GESTÃO IMIP HOSPITALAR

ENFERMARIA DE CLÍNICA MÉDICA
EVOLUÇÃO CLÍNICA

TJE Pernambuco

NOME: Auto martiz guerra mendonça IDADE: 45 a 08 SET 2019
REG: 118466 LEITO: 411-04 ATENDIMENTO: 512131 DATA: ____/08/2019
ANTIBIÓTICOS: ☒ NENHUM_____(DO:___/___) _____(DO:___/___)_____ (DO:___/___)

PRINCIPAIS HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

1 TRAUMA AUTOMOBILÍSTICO
2. RABDOMIÓLISE SEC P1
3. LRA EM TSR SEC. A P2
4. DM2

PENDÊNCIAS, REAVALIAÇÕES, ORIENTAÇÕES DO M.A. ☒ SEM PENDÊNCIAS. OBSERVAR APENAS INTERCORRÊNCIAS

1) ΔPA - NORMAL (120 - 100) X (80 - 70)
2) ΔFC = ☒ NORMAL (-)
3) ΔT = ☐ AFEBRIL (-) ____PICOS
4) ΔHGT = ☐ NORMAL (/ / /)
5) ☐ DIURESE = ☒ NORMAL _____ml ☐ PESO_____
6) Cerzo ⊕
7)

☐ SEM EXAMES ☐ RESULTADO DE EXAMES SOLICITADOS

NA+_____ K+_____ CL_____ BIC_____ UR_____ CR_____
HB_____ HT_____ LEUC_____ BT_____ SG_____
NR_____

☐ OUTROS EXAMES, VIDE VERSO

☒ SEM QUEIXAS ☐ SEM INTERCORRÊNCIAS ☐ SEM O2 SUPL ☐ O2 NASAL ☐ VENTURI_____ ☐ TQT ☐ ESTÁVEL ☐ INSTÁVEL ☐ GRAVE ☐ SUPORTE

AO EXAME: EG B ☒ EUPNEICO(A) ☒ HIDRATADO(A) ☒ AFEBRIL ☒ NORMOCORADO(A) ☒ CONSCIENTE ☒ ORIENTADO(A) ☒ ANICTÉRICO(A)
☐ DISPNÉICO(A) ☐ DESIDRATADO(A) ☐ FEBRIL ☐ HIPOCORADO(A) ☐ COMATOSO ☐ DESORIENTADO(A) ☐ ICTÉRICO(A)

AR: ☒ MV+ EM AH1, SEM RA OUTROS: ACV: ☒ RCR EM 2T, BNF FC: 80 BPM OUTROS: ABD: ☒ PLANO, DEPRESSÍVEL, INDOLOR OUTROS:
SpO2: 99

OUTROS:

CONDUTA
① Solicito exames LAB
② aguardo clínica satélite.

Carlos X. Dantas
Médico
CRM 12190

Pernambuco

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Auto Marly Guerra Fernandes **Registro:**

Clínica: **Enfermaria:** **Leito:**

Data/Hora	Prescrição
10.09.19	
7hs	Pcte vigil, orientado, hidratado, acianótico, mostrando-se estressado, taquipnéico. Tolerando pouco a rotina, assincronia, puxou muito e desconforto alternando com período acolhimento e suporte, requerendo sedação.
	Aprisia
	10/09/19 CNC nefrologia
	CDL VJID.
	Sn quieto
	800 ml/h.
	DU: 1300 ml/24h
	Ao ex: BEG, eupneico, corado
	AH + ALIT MRA
	PA: 110 x 60 mmHg
	Sn calmo
	CD: 1) AG CS
	2) Hemodiálise
	Fo 3h30' Hep 5000 UI
	3) SVD mais de recuperação
	de urgência renal.
	CDC Enfermagem 10/09/19
	Paciente dialisou por 3 horas e 30 minutos, mantendo o cateter em CJD, sem presença de novas queixas.

HEMODIÁLISE
Data: 10.09.19 Hora: 10:50

Carolina Jordão
Nefrologia
CRM-PE 18.101

Luciano Pedrosa de Vasconcelos
CORENE-PE 00.101.191-PE

COD 38251

Pernambuco

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Luiz Marty Guerra Mendonça Registro:

Clínica: Enfermaria: Leito:

Data/Hora	Urologia
13.09.19	Realizado visita ao leito. Conforme solicitado ao médico (Dr. Gustavo Lima e Dra Erica) foi autorizado banho de sol, pois até amanhã cedo pode ficar sujeito a banho. Paciente apresenta sinais de estável relacionado a hospitalização. Segue sem cuidados de urologia.
14/09/19	HEMODIÁLISE # CDC - NEFROLOGIA # 14/09/19 10:00 CDC VSID 20/07.
	Paciente sem queixas. Mantém diurese (+), porém débito varia conforme dia de HD e ingesta hídrica (SIC)
	13/09 EXAMES. 14/9/19
	ECG, cardiomegalia, ritmado, eupnéico, afebril. MV(+) em AHT S/RA. PA: 130 x 70 mmHg Sistólica
	CD HD hoje (T: 3h 30 UFG 1,5L Peso 5000g) Aguarda CS
14/09/19	# CDC Enfermagem # Pct dialisa por 3:30 horas Realizado o acesso em CDC sem sinais flogísticos

Helena Morato Médica CRM 18831 COD. 38251

HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 512131
Usuário do Atendimento: MARIZAMSS
Data e Hora do Atendimento: 19/07/2019 18:28
Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA
Prontuário: 11840
Nome da Mãe: LUCILEIA GUERRA MENDONCA
Nome do Pai: JOSE ALDO MENDONCA
Data do Nascimento: 26/06/1972
Idade: 47 anos **Sexo:** MASCULINO
Estado Civil: SOLTEIRO
RG:
Data Emissao:
CPF:
Certidão de Nascimento:
Data Emissão:
Naturalidade:
Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) COMPLETO
Carteira Nacional SUS: 708409742926766
Ocupação Habitual: MOTORISTA
Endereço: RUA JERONIMO HERACLIO 166 CENTRO
Cidade: SURUBIM PE **CEP:** 55750970 **Fone:** 997306[illegible]

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: DEMANDA ESPONTANEA
Médico: GUSTAVO GOMES DE LIMA **CRM:** 15939
Especialidade: CLINICA GERAL
Acomodação: 4 AND - CLINICA MEDICA **Leito:** 411 - 04 - LT CMEDICA

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirurgicos (intervenção cirurgica, anestesias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstistico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 19/07/2019

Assinatura e R.G. do Responsável:_____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta:_____
Diagnostico:_____
Procedimento:_____
Alta em:____/____/____ **Hora:**_____
Médico e C.R.M:_____
Responsável pela retirada do paciente - Nome:_____
Assinatura e R.G:_____

Faturado de 19/07/19 até 31/07/[illegible]

Hospital Dom Helder Câmara
Solange Lyra
Faturamento / SAMIS
Em: 04 SET. 2019

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM - SAE
HOSPITAL DOM HÉLDER CÂMERA
ADMISSÃO

DATA: 25/07/19 HORA: 18:00

IMIP

HISTÓRICO

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: [illegible] Registro: 118466 Clínica: Cir
Enfermaria: 911 Leito: 04 Diagnóstico: IRA

2. QUEIXAS PRINCIPAIS

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

( )Alergias Quais: Ø ( )Tabagismo ( ) Etilismo ( ) Cardiopatia ( )Diabetes ( )HAS
( ) Epilepsia ( ) Depressão ( ) Câncer ( )Doenças pulmonar ( ) Cirurgias Anteriores Quais:

EXAME FÍSICO

4. ESTADO GERAL

ESTADO GERAL: ( ) Bom (✓) Regular ( )Grave

5. INTEGRIDADE DA PELE

( ) Normocorado (✓) Hipocorado (✓) Acianotico ( ) Cianotico (✓) Anictérico ( ) Ictérico ( ) Pele fria ( ) Pele úmida ( ) Reações Alérgicas
(✓) EDEMAS ( ) Face ( ) Palpebra ( ) MMSS (✓) MMII ( ) Anasarca
( ) LESÃO POR PRESSÃO LOCAL:

6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: (✓) Consciente ( )Inconsciente (✓) Orientado ( ) Desorientado ( ) Torporoso ( ) Sedado
PUPILAS ( ) Normais ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Estrabismo ( ) Midríase ( ) Miose ( ) Fotorreagente

7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL: (✓) Cooperativo ( ) Choroso ( ) Irritado ( ) Sonolento ( ) Ansioso ( ) Agitado

8. SINAIS VITAIS

( ) Afebril ( ) Febril T. AXILAR= ____ °C FR ____ IPM Sat O2= ____ (✓) Eupneico ( ) Dispneico ( ) Traqueostomia ( ) Intubado
MURMÚRIOS VESICULARES: ( ) Presentes ( ) Ausentes ( ) Diminuídos RUÍDOS ADVENTÍCIOS: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Crepitantes FC ____ bpm
PA: ____ X ____ mmHg PULSO: ( ) Filiforme ( ) Cheio ( ) Rítmico ( ) Ausente ACESSO VENOSO: (✓) Periférico Local: MSD
( )Central Local:

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

DIETA: (✓) VO ( )SNG ( )SNE ( ) GTT ABDOME: ( ) Flácido ( ) Tenso ( ) Distendido (✓) Globoso ( )Doloroso ( ) Plano
( ) Ascítico ( ) Gravídico EVACUAÇÃO: ( ) Normal ( ) Constipação ( ) Flatos ( ) Diarréia Nº evacuações ____ Aspecto: ( ) Normal ( ) Mucoso
( ) Líquida ( ) Melena ( ) Odor fétido ( ) Odor Característico ( ) ÊMESE Aspecto: ( ) Hematêmase ( ) Com resíduo alimentar

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

DIURESE (✓) Presente Aspecto: Hemática ( ) Ausente ( ) Espontânea (✓) SVD ( ) SVA ( ) Cistostomia ( ) Irrigação ( ) Anúria
( ) Disúria (✓) Hematúria ( ) Oligúria ( ) Polaciúria

11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

MOBILIDADE: (✓) Ativa ( ) Passiva MOVIMENTO CONSERVADO: (✓) Sim ( ) Não FORÇA MOTORA: (✓) Sim ( ) Não ( ) PARESIA Local:
( ) AMPUTAÇÃO Local ____ ( ) GESSO Local: ____ (✓) ALA GESSADA Local: MSE
Outros:

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica
FC- Frequência Cardíaca
SNG- Sonda Nasogástrica
MMSS- Membros Superiores
VO- Via Oral
SNE- Sonda Nasoenteral
MMII- Membros Inferiores
SVD- Sonda vesical de demora
VAS - Via Aérea Superior
FR- Frequência respiratória
SVA- Sonda vesical de alívio
GTT- Gastrostomia

405 - 1

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE
HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA
ADMISSÃO

DATA: 19/04/19 HORA: 19:40

FUNDAÇÃO IMIP HOSPITALAR

HISTÓRICO

1. IDENTIFICAÇÃO)

Nome: Anto Moraes Registro: 113466 Clínica: TRO
Enfermaria: 405 Leito: 01 Diagnóstico: Trauma ABD

2. QUEIXAS PRINCIPAIS

Dor ABD

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

(X) Alergias Quais: NEGA ( ) Tabagismo ( ) Etilismo ( ) Cardiopatia (X) Diabetes ( ) HAS
( ) Epilepsia ( ) Depressão ( ) Câncer ( ) Doenças pulmonar ( ) Cirurgias Anteriores Quais: _____

EXAME FÍSICO

4. ESTADO GERAL

ESTADO GERAL: ( ) Bom (X) Regular ( ) Grave

5. INTEGRIDADE DA PELE

( ) Normocorado ( ) Hipocorado (X) Acianótico ( ) Cianótico (X) Anictérico ( ) Ictérico ( ) Pele fria ( ) Pele úmida ( ) Reações Alérgicas
( ) EDEMAS ( ) Face ( ) Pálpebra ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Anasarca
( ) LESÃO POR PRESSÃO LOCAL: _____

6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: (X) Consciente ( ) Inconsciente (X) Orientado ( ) Desorientado ( ) Torporoso ( ) Sedado
PUPILAS: ( ) Normais ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Estrabismo ( ) Midríase ( ) Miose ( ) Fotorreagente

7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL: (X) Cooperativo ( ) Choroso ( ) Irritado ( ) Sonolento ( ) Ansioso ( ) Agitado

8. SINAIS VITAIS

(X) Afebril ( ) Febril T. AXILAR= _____ºC FR _____ IPM Sat O2= _____ (X) Eupneico ( ) Dispneico ( ) Traqueostomia ( ) Intubado
MURMÚRIOS VESICULARES: ( ) Presentes ( ) Ausentes ( ) Diminuídos RUÍDOS ADVENTÍCIOS: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Crepitantes FC _____ bpm
PA: _____ X _____ mmHg PULSO: ( ) Filiforme ( ) Cheio ( ) Rítmico ( ) Ausente ACESSO VENOSO: ( ) Periférico Local: _____
( ) Central Local: _____

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

DIETA: (X) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) GTT ABDOME: ( ) Flácido ( ) Tenso (X) Distendido ( ) Globoso ( ) Doloroso ( ) Plano
( ) Ascítico ( ) Gravídico EVACUAÇÃO: (X) Normal ( ) Constipação ( ) Flatos ( ) Diarréia Nº evacuações _____ Aspecto: ( ) Normal ( ) Mucoso
( ) Líquida ( ) Melena ( ) Odor fétido ( ) Odor Característico ( ) ÊMESE Aspecto: ( ) Hematêmase ( ) Com resíduo alimentar

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

DIURESE: (X) Presente Aspecto: _____ ( ) Ausente (X) Espontânea ( ) SVD ( ) SVA ( ) Cistostomia ( ) Irrigação ( ) Anúria
( ) Disúria ( ) Hematúria ( ) Oligúria ( ) Polaciúria

11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

MOBILIDADE: ( ) Ativa (X) Passiva MOVIMENTO CONSERVADO: (X) Sim ( ) Não FORÇA MOTORA: (X) Sim ( ) Não ( ) PARESIA Local N
( ) AMPUTAÇÃO Local N ( ) GESSO Local: N ( ) TALA GESSADA Local: N
Outros: N

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica	MMSS- Membros Superiores	MMII- Membros inferiores	FR- Frequência respiratória
FC- Frequência Cardíaca	VO- Via Oral	SVD- Sonda vesical de demora	SVA- Sonda vesical de alívio
SNG- Sonda Nasogástrica	SNE- Sonda Nasoenteral	VAS- Via Aérea Superior	GTT- Gastrostomia

HOSPITAL DOM HELDER

HOSPITAL DOM HÉLDER CÂMARA
Serviço de Clínica Médica
FICHA DE ADMISSÃO

IMIP

1. Tabagismo ◯ Não

☒ Sim ›› Carga-Tabágica = (1 maços/dia ÷ 20) x 26 anos = 26 maços-ano

◯ Ex-tabagista ›› Parou há quanto tempo? ____ anos
›› Fumou por quanto tempo? ____ anos
›› Fumava quantos cigarros/dia? ____ cigarros

2. Etilismo ☒ Não

◯ Sim ››Tipo de bebida: _____
›› Quantidade: _____
›› Bebe há quanto tempo? ____ anos

◯ Ex-etilista ›› Tipo de bebida: _____
›› Quantidade: _____
››Parou de beber a quanto tempo? ____ anos
››Bebeu por quanto tempo? ____ anos

3. Uso de Drogas Ilícitas _____

') Epidemiologia

☒ Esquistossomose ☒ Doença de Chagas ◯ Leishmaniose

I) Antecedentes Familiares

1. Diabetes / 2. Hipertensão / 3. Tuberculose / 4. Câncer / 5. Cardiopatia / 6. Distúrbios Mentais

DM pai

J) História Ocupacional / Risco Ocupacional

EXAME FÍSICO

A) Geral

Peso: ____ kg Altura: ____ m IMC: ____ kg/m²

1. Estado Geral / 2. Nível de Consciência / 3. Nutrição / 4. Hidratação / 5. Adenomegalias / 6. Temperatura / 7. Pele e Mucosas / 8. Fâneros

EGB, corado, hidratado, anict, afebril, consciente, orientado.

B) Tireoide

Não avaliado.

C) Tórax

1. **ACV** ›› Ictus Cordis, Impulsão de Meso, Ausculta, Pulsos Periféricos, Carótidas, Refluxo Hepato-Jugular

RCR em 2T, BNF S/S.

Frequência Cardíaca: 84 bpm PA: ____ mmHg

2. **AR** ››Inspeção (tiragens), Palpação (frêmito, expansibilidade), Percussão, Ausculta

MV+ em AHT, S/RA.

Frequência Respiratória: 20 irpm

3. **Mamas**››Inspeção Estática e Dinâmica, Palpação, Expressão Mamilar, Adenomegalias

D) Abdômen

1. Inspeção / 2. Palpação / 3. Percussão / 4. Ausculta

HOSPITAL DOM HELDER

HOSPITAL DOM HÉLDER CÂMARA
Serviço de Clínica Médica
FICHA DE ADMISSÃO

IMIP

Globoso, depressível, doloroso à palpação superficial, RHA +, s/ VMG

E) Região Anoperineal
1. Inspeção / 2. Toque Retal / 3. Toque Vaginal
Não avaliado.

F) Aparelho Osteomuscular
MSE imobilizado.
MIE edemaciado e doloroso à palpação de panturrilha.

G) Sistema Nervoso
1. Atitude / 2. Marcha / 3. Equilíbrio / 4. Linguagem / 5. Alteração de Pares Cranianos / 6. Força e Sensibilidade / 7. Sinais de Irritação Meningea
Não avaliado.

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:

1. Trauma musculoesquelético
2. Rabdomiólise sec a PA
3. LRA sec a PA

CONDUTA:

1. Mantenha hidratação
2. Solicito novos exames
3. Aguardo USG MMII
4. Parecer de Ortopedia devido a MSE imobilizado.

Ernani Faezy
Médico
CRM-PE 27.353

CABO DE SANTO AGOSTINHO, 26/07/19

DOM HELDER CÂMARA | GESTÃO IMIP HOSPITALAR

ENFERMARIA DE CLÍNICA MÉDICA
EVOLUÇÃO CLÍNICA

Pernambuco

NOME: AUTO MIERRY IDADE: 45a
REG: 118466 LEITO: 411-04 ATENDIMENTO: DATA: 04/07/2019
ANTIBIÓTICOS: ☐ NENHUM (DO: /) (DO: /) (DO: /)

PRINCIPAIS HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

- Trauma automobilístico
- Rabdomiólise
- IRA por rabdomiólise
- DM2

PENDÊNCIAS, REAVALIAÇÕES, ORIENTAÇÕES DO M.A. ☐ SEM PENDÊNCIAS OBSERVAR APENAS INTERCORRÊNCIAS

1) ΔPA = NORMAL (160 - 180)X(70 - 80)
2) ΔFC = ☐ NORMAL (-)
3) ΔT = AFEBRIL (36,2 - 36,4) ____ PICOS
4) ΔHGT = NORMAL (-/ - / - +)
5) DIURESE = ☐ NORMAL Maior de 1600 em 12h ml/s PESO ____
6)
7)

☒ SEM EXAMES RESULTADO DE EXAMES SOLICITADOS

NA+ ____ K+ ____ CL ____ BIC ____ UR ____ CR ____
HB ____ HT ____ LEUC ____ BT ____ SG ____ PLAQ ____
INR ____

☐ OUTROS EXAMES, VIDE VERSO

☒ SEM QUEIXAS ☐ SEM INTERCORRÊNCIAS ☒ SEM O2 SUPL ☐ O2 NASAL ☐ VENTURI ☐ TQT ☐ ESTAVEL ☐ INSTAVEL ☐ GRAVE ☐ FORTE

Deja, paciente se queixa de cefaleia de moderada intensidade (dois episódios entre ontem e hoje)

AO EXAME: FG 8 ☒ EUPNEICO(A) ☒ HIDRATADO(A) ☒ AFEBRIL ☒ NORMOCORADO(A) ☒ CONSCIENTE ☒ ORIENTADO(A) ☐ ANICTÉRICO(A)
☐ DISPNÉICO(A) ☐ DESIDRATADO(A) ☐ FEBRIL ☐ HIPOCORADO(A) ☐ COMATOSO ☐ DESORIENTADO(A) ☐ ICTÉRICO(A)

AR: MV+ EM AHT, SEM RA. OUTROS: SO_2: 98% FR 20

ACV: ☐ RCR EM 2T, BNF, FC: ____ BPM OUTROS: PA 165x95 FC 78

ABD: ☐ FLACIDO, DEPRESSIVEL, INDOLOR, ☐ DOLOROSO, ☐ DISTENDIDO, ☐ GLOBOSO, ☐ RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES, ☐ AUSENTES, ☐ DIMINUIDOS, ☐ AUMENTADOS, ☐ HEPATOMEGALIA, ☐ ESPLENOMEGALIA, ☐ ASCITE, ☐ DOR À PALPAÇÃO DE FOSSA ILIACA DIREITA, ☐ DOR À DESCOMPRESSÃO BRUSCA, ☐ SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL, ☐ TUMORAÇÃO PALPÁVEL, ☐ MASSA PALPÁVEL, ☐ HERNIA, ☐ ESTOMIA, ☐ DRENO, ☐ SONDA, ☐ OUTROS: Levemente doloroso em FIE e hipocondrio direito do abdomen

OUTROS: Edema de MMII ++ (3/4+); de MMS + direito (+/4+)

CONDUTA:
① Aguardo clínica solicita
② Solicito punção renal e ionograma.

Ernani Faezy
Médico
CRM-PE 27.359

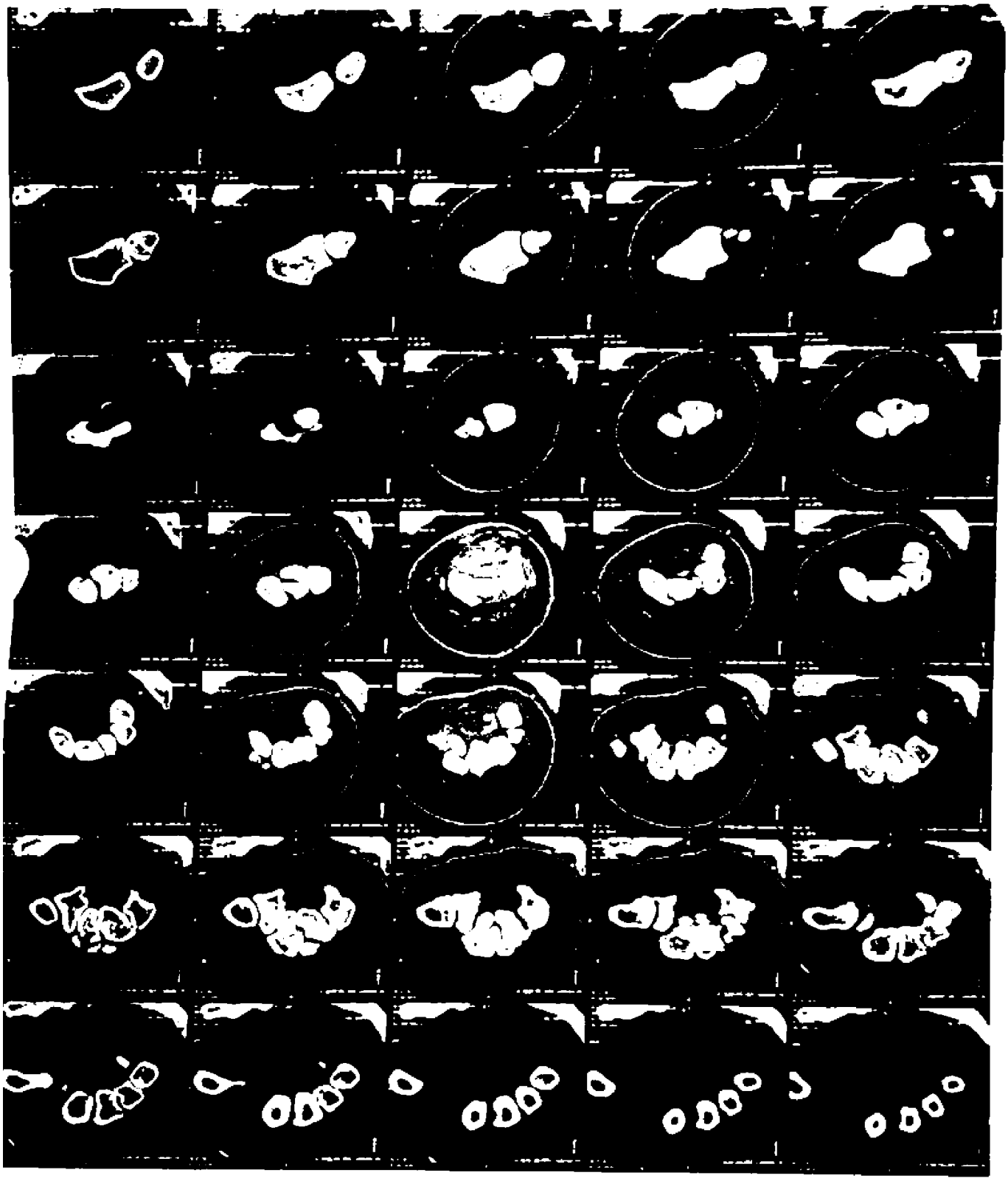
Pernambuco | HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA | GESTÃO IMIP HOSPITALAR

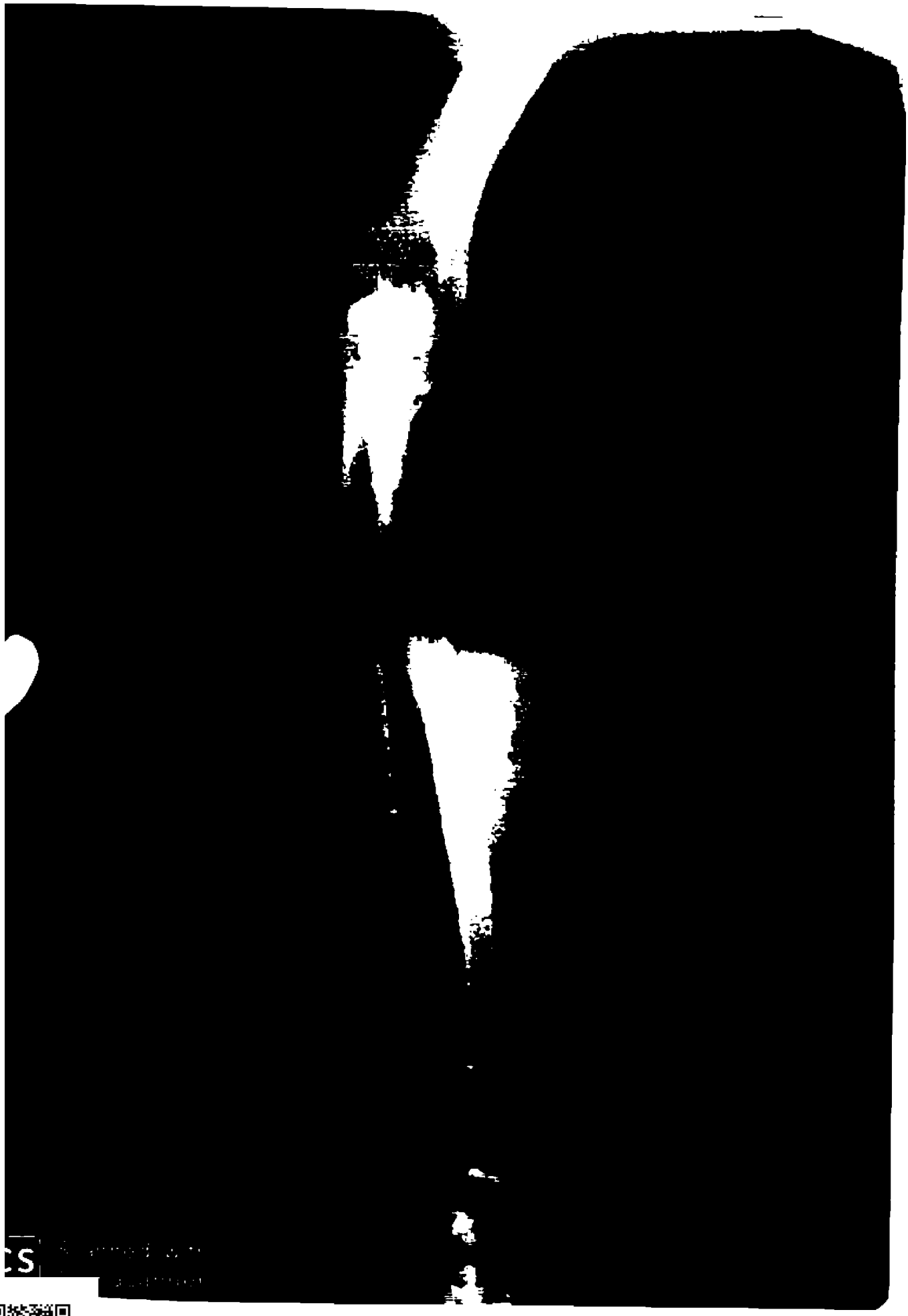
EVOLUÇÃO CLÍNICA

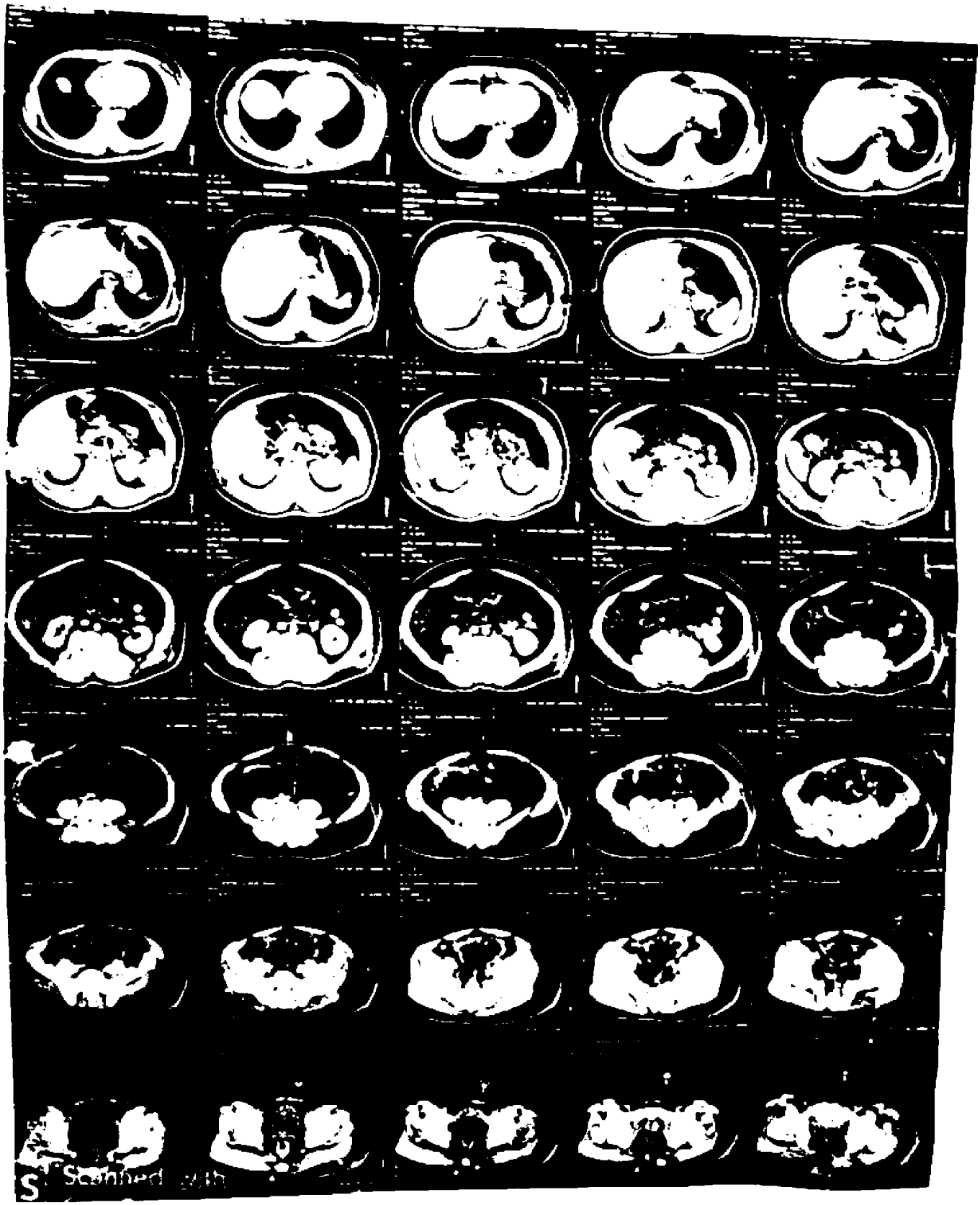
Nome: Ruth Morby Gomes Mendonça **Registro:** 115966

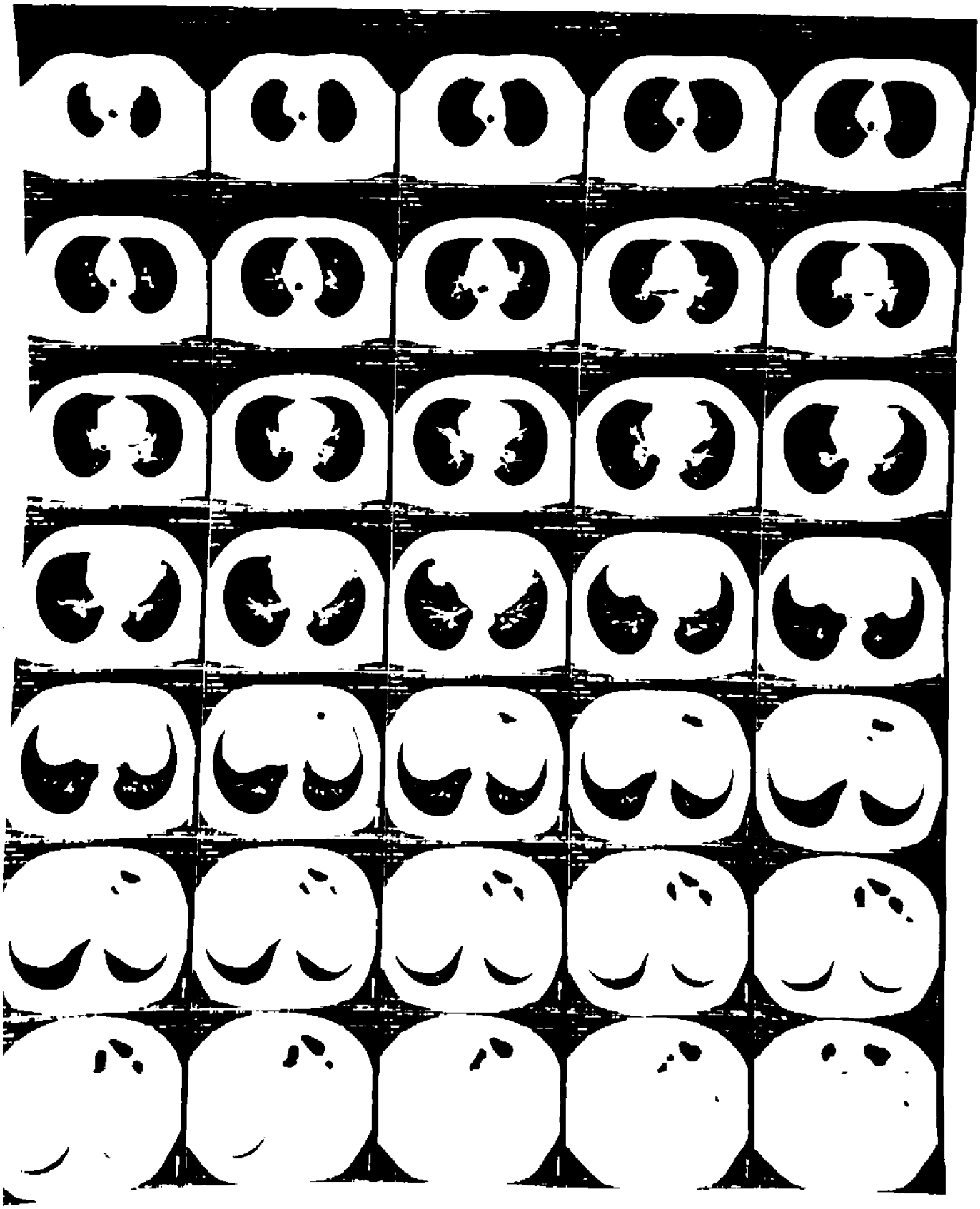
Clínica: _____ **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____

Data/Hora	
21/07/19	# C Gt
07 30h	HDIC Policlínica:
	① IRA por Rabdomiólise
	② DM
	③ Dt: Ulcerosa: 200 ml/24h, sindrômica
	paciente sem queixas. Uso de sondagem
	urinária.
	Ac orgãos: ECG, afebril, eupneico, acianótico
	corado
	Abd: flácido, indolor à palpação
	CD: Paciente sem conduta cirúrgica, sem
	necessidade de acompanhamento pela
	cirurgia geral.
	① Aguardo parecer do C.M.
	② Acompanhamento com a C.M. enfermaria.
	Dr. Francisco [illegible] Cirurgião Geral CRM-PE 20235
21/07/19	HEMODIÁLISE # CDC - NEFROLOGIA
	Data: 21/07/19 Hora: CDL VJID 20/07
	Paciente sem queixas, dores, com queixa
	de dor no braço E.
	1ª HD ontem sem intercorrências
	ECG: consciente, orientado, eupneico, afebril
	MVA em AAA s/RA
	PA: 133x73 mmHg
	Sudorese.
	CD: HD hoje (T: 3h UFq 400 Hep 4).
	Helliana Moraes Médica CRM 18831

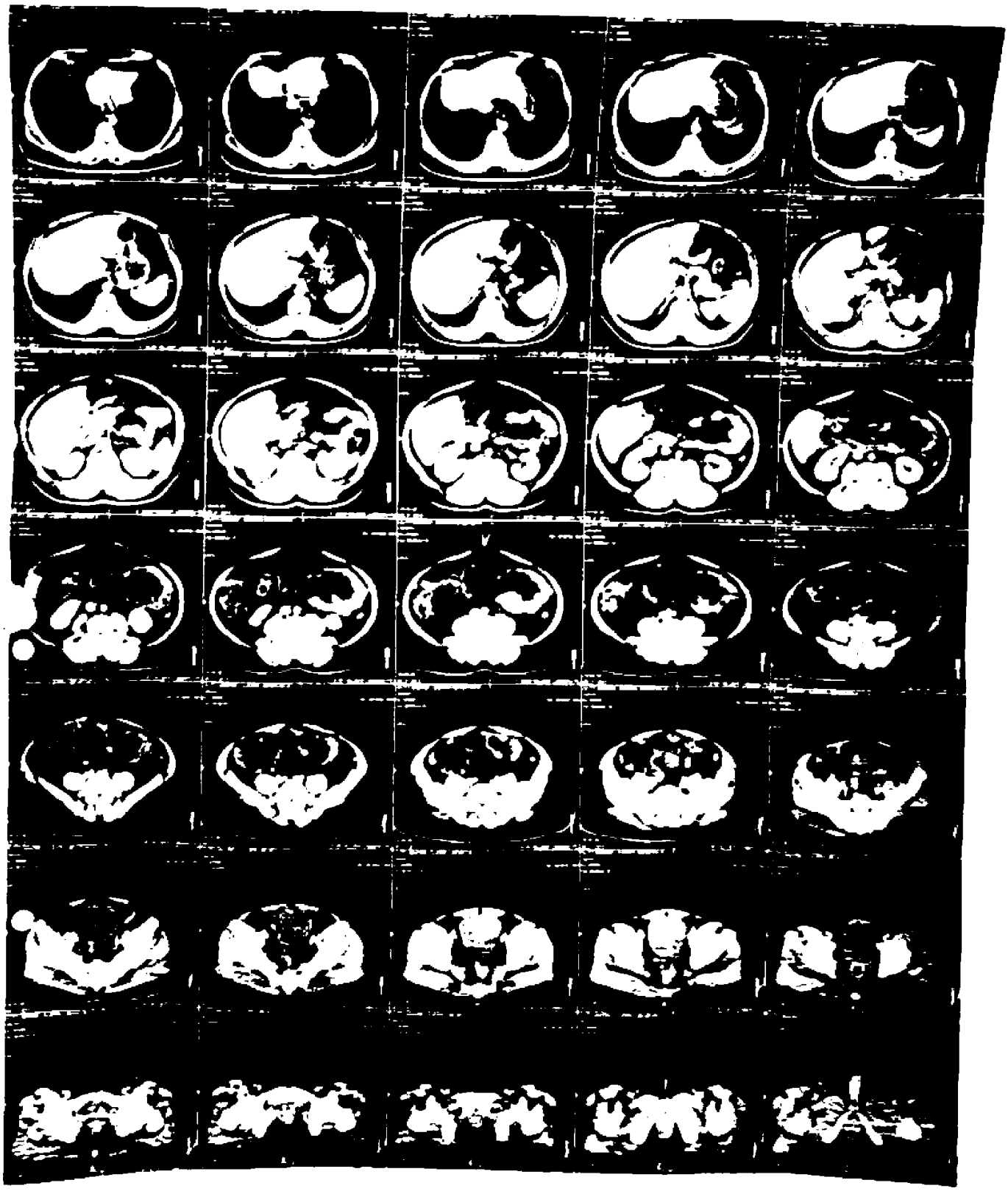


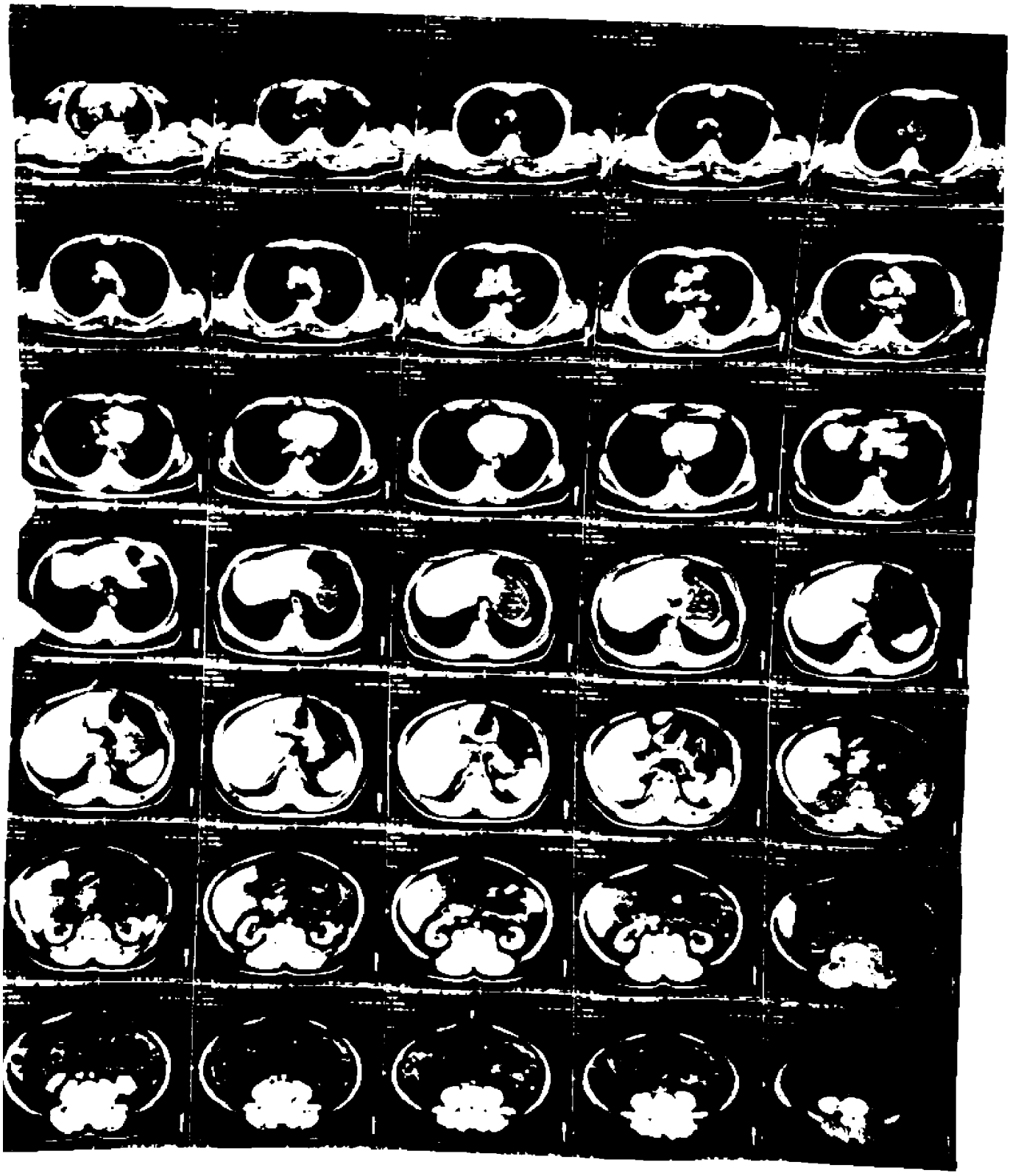


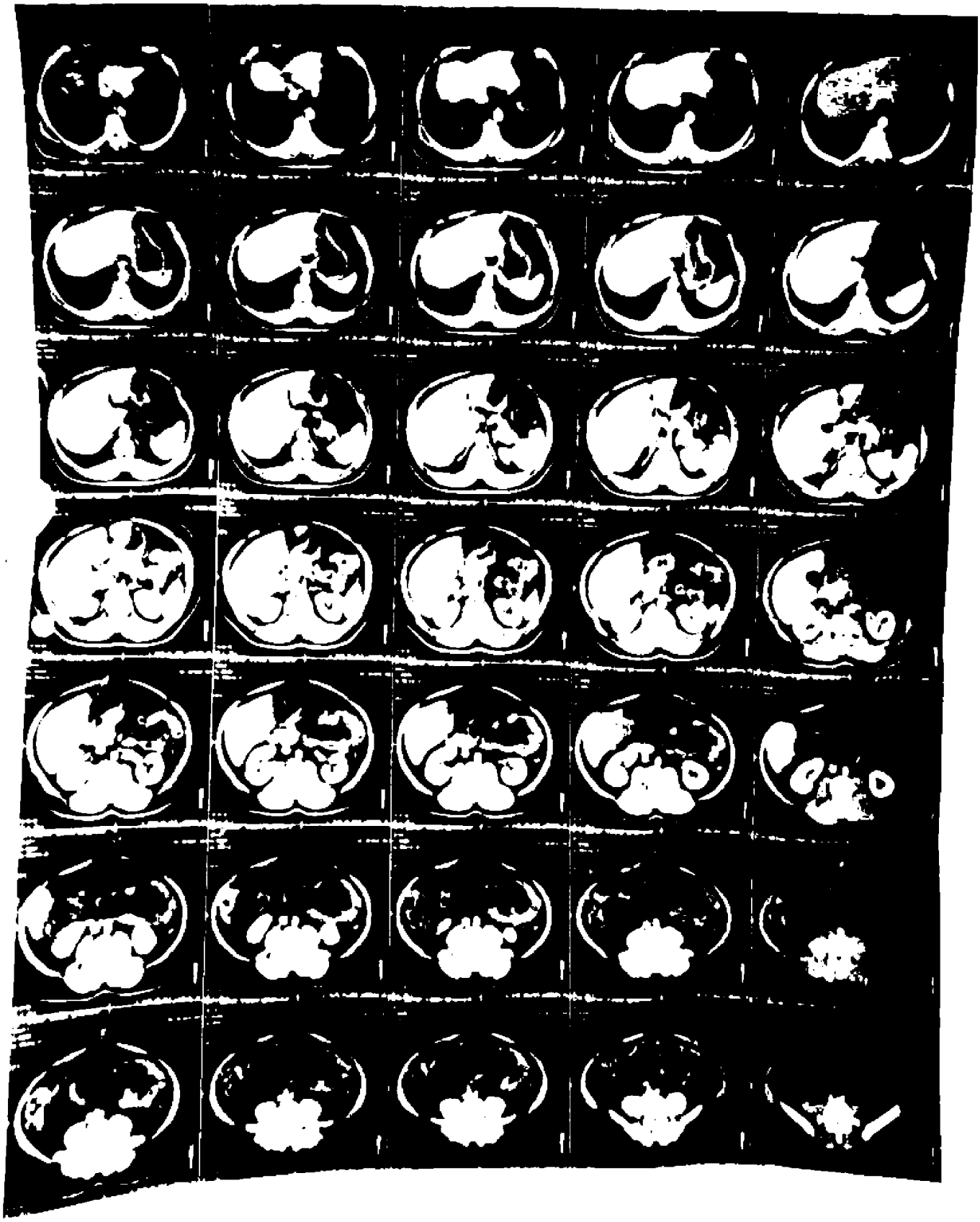

Scanned with

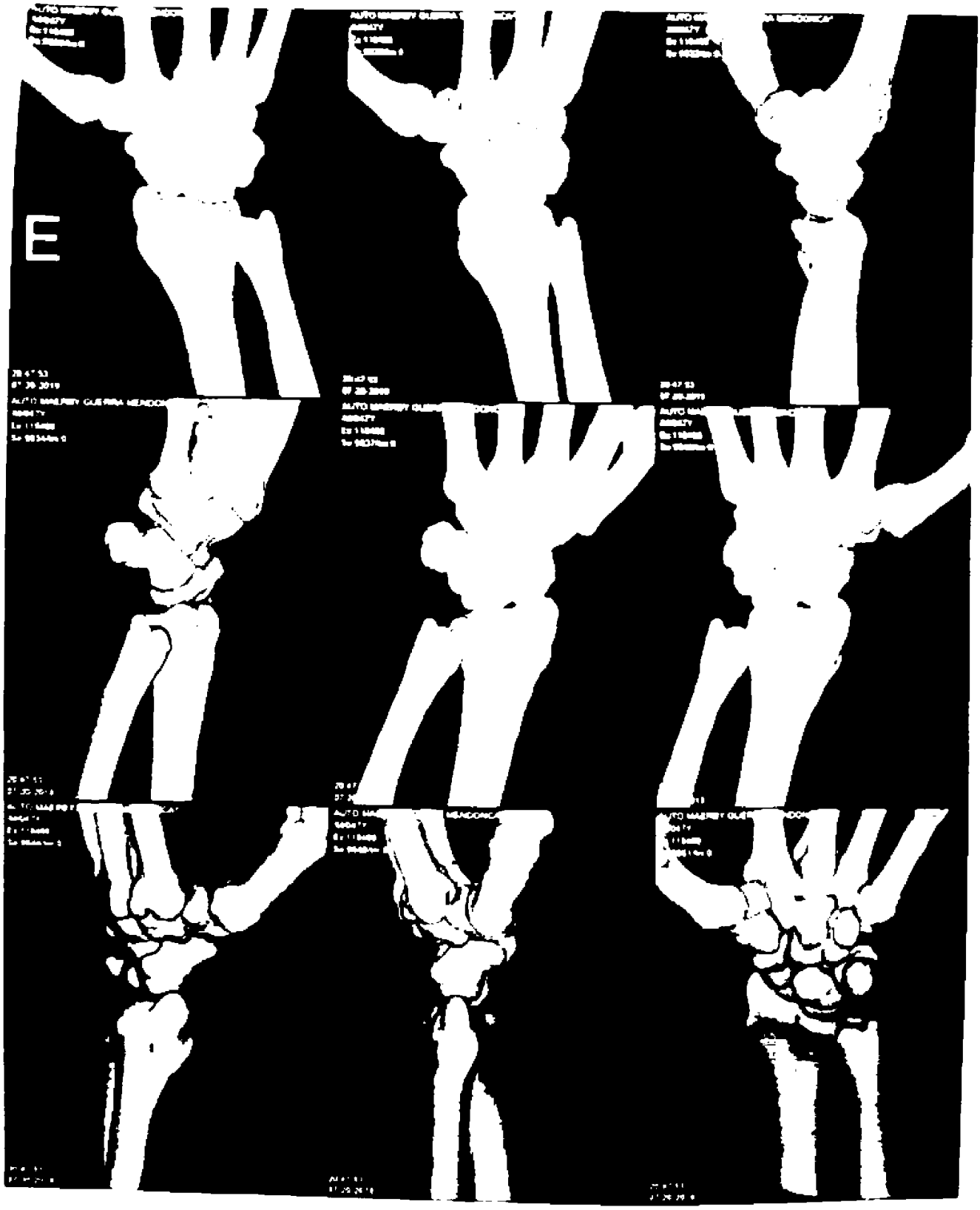


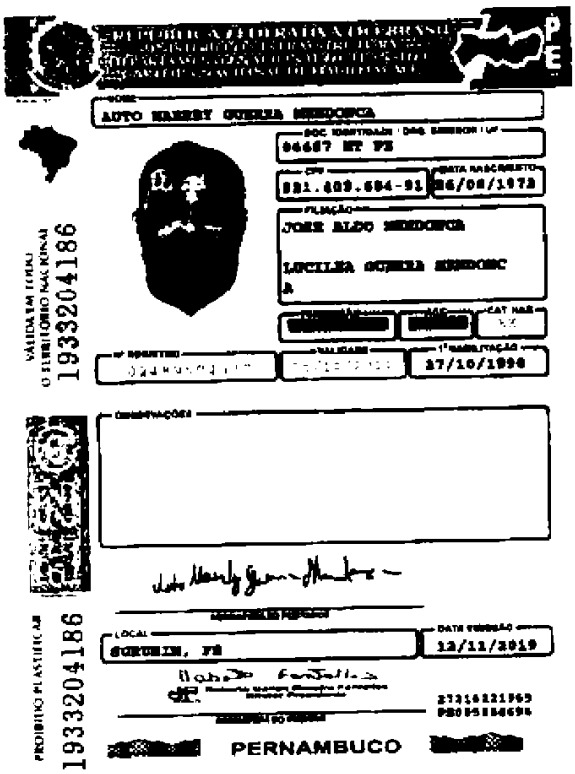
IMIP








E



NOME
AUTO HARRY GUERRA MENDONÇA

DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR / UF
94687 SP PE

CPF
331.489.684-91

DATA NASCIMENTO
26/08/1973

FILIAÇÃO
JOSE ALDO MENDONÇA
LUCILEA GUERRA MENDONÇA

[redacted]

Nº REGISTRO
[redacted]

VALIDADE
[redacted]

1ª HABILITAÇÃO
17/10/1990

OBSERVAÇÕES

LOCAL
SOROCAB, PE

DATA EMISSÃO
12/11/2019

27316221969
PE0195846694

[redacted] PERNAMBUCO [redacted]

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1933204186

PROIBIDO PLASTIFICAR
1933204186

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SURUBIM (PE) 23 DE DEZEMBRO 2019

À LIDER

CONVÊNIO DPVAT

ASSUNTO REANÁLISE DO PROCESSO PELO VALOR RECEBIDO

VITIMA AUTO MAERBY GUERRA MENDONÇA

TIPO DE INDENIZAÇÃO INVALIDEZ

SINISTRO nº 3190677754

Prezado Senhor(a),

Solicito de V.Sª que meu processo de INVALIDEZ seja REANALISADO, uma vez que eu fui vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 17/07/2019, onde sofri LEÕES GRAVES EM MINHA MÃO E PE ESQUERDO E TAMBEM TRAUMA ABDOMINAL fiz todo tratamento médico e mesmo assim ENCONTRO-ME ATUALMENTE COM SEQUELAS E foi liberado para mim um valor muito inferior ao que tenho Direito Em contato com o atendimento da Lider fui orientado a fazer uma carta explicando a situação para que então eu receba a importância a que tenho Direito

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.Sª, que meu processo seja REANALISADO e que seja liberado o valor que realmente me é de direito uma vez que estou com sequelas

Certo de vossa atenção

Fico no aguardo

AUTO MAERBY GUERRA MENDONÇA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190677754 **Cidade:** Panelas **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA **Data do acidente:** 17/07/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: POLITRAUMATISMO.
FRATURA DO SEGUNDO METACARPO ESQUERDO.
TRAUMATISMO CONTUSO DO PÉ ESQUERDO.

Descrição do exame físico: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DO SEGUNDO METACARPO ESQUERDO, EDEMA, RIGIDEZ ARTICULAR E SUDORESE DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADO DA FRATURA DO SEGUNDO METACARPO DIREITO.
SEM MENÇÃO A FISIOTERAPIA.
NÃO APRESENTOU DOCUMENTAÇÃO DA ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 13/12/2019

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICO LEGAL ANEXADA AO SINISTRO E DA PERÍCIA REALIZADA OPTADO POR NÃO MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR, UMA VEZ QUE NÃO HÁ SUSTENTAÇÃO TÉCNICA PARA AMPLIAR O DANO DA MÃO ESQUERDA PARA O MEMBRO COMO UM TODO.

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 uma das mãos	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R$ 4.725,00
		Total	**35 %**	**R$ 4.725,00**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190677754 **Cidade:** Panelas **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: AUTO MAERBY GUERRA MENDONCA **Data do acidente:** 17/07/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: POLITRAUMATISMO.
FRATURA DO SEGUNDO METACARPO ESQUERDO.
TRAUMATISMO CONTUSO DO PÉ ESQUERDO.

Descrição do exame físico: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DO SEGUNDO METACARPO ESQUERDO, EDEMA, RIGIDEZ ARTICULAR E SUDORESE DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADO DA FRATURA DO SEGUNDO METACARPO DIREITO.
SEM MENÇÃO A FISIOTERAPIA.
NÃO APRESENTOU DOCUMENTAÇÃO DA ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 13/12/2019

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICO LEGAL ANEXADA AO SINISTRO E DA PERÍCIA REALIZADA OPTADO POR NÃO MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR, UMA VEZ QUE NÃO HÁ SUSTENTAÇÃO TÉCNICA PARA AMPLIAR O DANO DA MÃO ESQUERDA PARA O MEMBRO COMO UM TODO.

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 uma das mãos	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R$ 4.725,00
		Total	**35 %**	**R$ 4.725,00**