

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

---

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

**Número do Sinistro:** 3190348622

**Nome do(a) Examinado(a):** JOSE ORIVALDO DA SILVA

**Endereço do(a) Examinado(a):** RUA B, 100 - Lagoa Grande/PE - CEP 56395-000

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 0000000000000000

**Data e Local do Acidente :** 24/10/2018 - Loteamento Bela Vista, Município de Lagoa Grande

**Data e Local do Exame :** 14/06/2019 CLIMERPE - RUA PADRE FRAGA, 34 - PETROLINA/PE - CEP 56304-040

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.**

Fratura fechada do fêmur esquerdo

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

Redução cirúrgica com fixação interna com placa e parafusos

Alta em 08/11/2018

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

Pericianda deambulando com auxílio de muletas

Moderada atrofia do quadríceps

Boa ADM, com dor moderada à flexão final do quadril esquerdo

**IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** ☒ Sim ☐ Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?** ☒ Sim ☐ Não

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:**

Déficit moderado da flexão ativa final do quadril esquerdo, com dor à flexão passiva forçada.

**VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal**

permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

( ) “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

Quadril esquerdo

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( X ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal


\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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

NDN



---

MANUEL ÁLVARO DE MIRANDA NETO CRM : 9976 / UF :PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
MARCOS ANDRÉ ALBUQUERQUE DE CARVALHO



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF

3907844 SSP PE

CPF

772.669.954-72

DATA NASCIMENTO

09/02/1972

FILIAÇÃO

JOSE IBANEZ DE

CARVALHO

DALVA MARIA ALBUQUERQUE

E DE CARVALHO

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB

B

Nº REGISTRO

01697311355

VALIDADE

05/05/2021

1ª HABILITAÇÃO

26/09/1991

OBSERVAÇÕES

sem observações

ASSINATURA DO DETRAN

LOCAL

CARUARU - PE

DATA EMISSÃO

06/05/2016

ASSINATURA DO TITULAR

56393324941

PR072598298

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VALIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
1223998555

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1223998555



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTINUA NÃO VERIFICADO!  
28 MAIO 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SEGURANÇA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



*Jose Orivaldo da Silva*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

7.650.558 DATA DE EXPEDIÇÃO 02/10/2009

<< JOSE ORIVALDO DA SILVA >>

FILIAÇÃO  
<< FRANCISCO PINHEIRO DA SILVA NETO >>  
<< MARIA DE LOURDES PINHEIRO DA SILVA >>

NATURALIDADE  
SERRA TALHADA - PE DATA DE NASCIMENTO  
21/04/1987


DO ORIGEM << CN: 23915 L.A-76 F.68 CAPT SEDE  
SERRA TALHADA/PE 11/09/1987 >>

062.162.024-64

ASSINATURA DO DETENTOR  
CLENYATO DE SOUSA

Delegado de Polícia/Gestor da Identidade 911555

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
062.162.024-64

Nome  
JOSE ORIVALDO DA SILVA

Nascimento  
21/04/1987

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE  
515E.3CF6.A4F0.642C

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

as 11:05:34 do dia 06/09/2016 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR  
JOSE ORIVALDO DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO 21/04/1987 Nº INSCRIÇÃO 067533290892

MUNICÍPIO/UF LAGOA GRANDE/PE DATA DE EMISSÃO 19/09/2003

JUIZ ELEITORAL  
*Ant. 01/04/11*

Presidente do TRE-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

28 MAIO 2019

SEGURADORA S/A.  
Rua Barbosa nº 715 - Loja 5  
Recife/PE - CEP: 52011-040

POLEGAR DIREITO

*Jose Orivaldo da Silva*

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VALIDO SOMENTE COM VOTO EM DIA - TÍTULO ELEITORAL

MINISTÉRIO DA DEFESA

 **CERTIFICADO DE DISPENSA**  
DE INCORPORAÇÃO  
21º C S M

RA 211812044713

JOSE ORIVALDO DA SILVA

EM CASO DE CONVOCAÇÃO DEVE APRESENTAR-SE IMEDIATAMENTE

FILIAÇÃO

PAI FRANCISCO PINHEIRO DA SILVA NETO

MÃE MARIA DE LOURDES PINHEIRO DA SILVA

DATA NASC 21/04/1987 NATURALIDADE SERRA TALHADA - PE

Dispensado do Serviço Militar inicial em  
por residir em município não tributário

15 de fevereiro de 2006

Com/Ch ou Dir. *Carlos José Torres* TEN

Delegado do Serviço Militar da 1ª Divisão Militar do CM



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

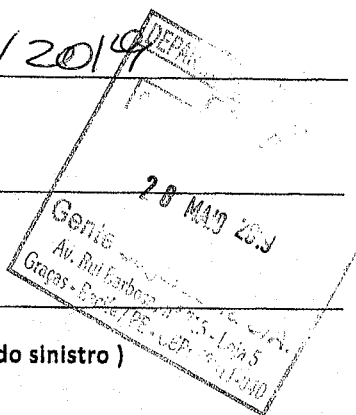
SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, ALLYSON SANTOS LOPES  
RG nº 22.512.310-05, data de expedição 02/06/2017  
Órgão SSP/BA, portador do CPF nº 036.003.594-95  
com domicílio na cidade de LAGOA GRANDE, no Estado de PERNAMBUCO  
RUA PAULO VISTA, nº 41  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
JOSE ORIVALDO DA SILVA  
JOSE ORIVALDO DA SILVA, cujo o condutor era  
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA TITAN 150 Ano: 2014/2014  
Placa: OVD 1155 Chassi: 9C2KRC1650ERO 23615  
Data do Acidente: 24/10/2018

Local e Data: LAGOA GRANDE, 07/05/2019

Allyson Santos Lopes  
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor  
( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )



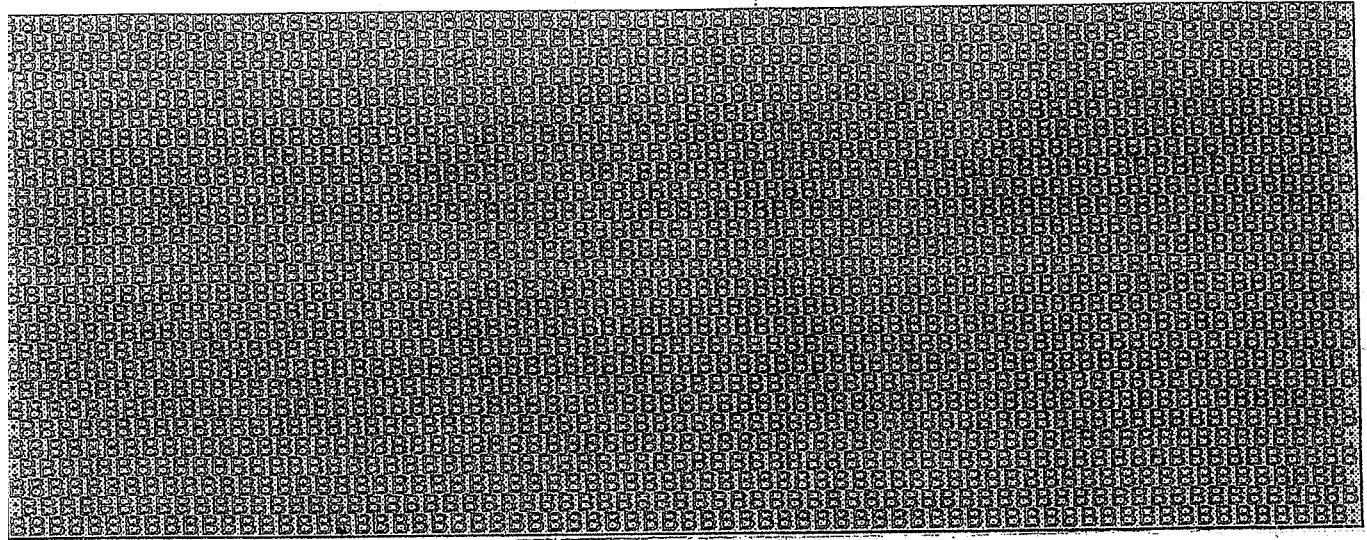
Brasilina Freire Lima dos Santos  
2ª Substituta



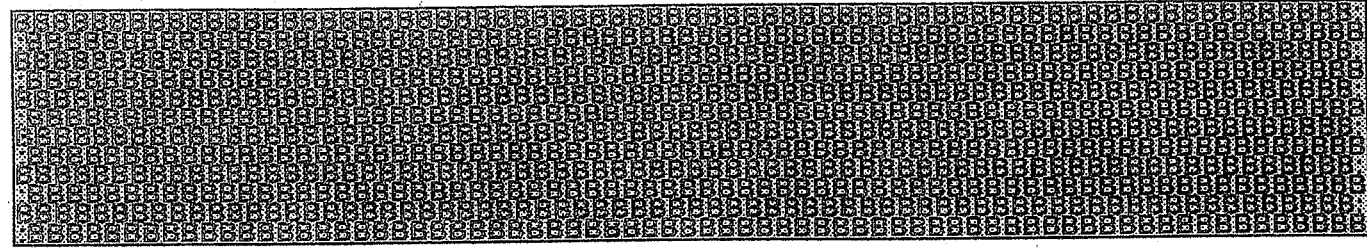
<input type="checkbox"/> Mudou-se	<input type="checkbox"/> Recusado	<input type="checkbox"/> Falecido
<input type="checkbox"/> Desconhecido	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Endereço
<input type="checkbox"/> Informação do porteiro / síndico	<input type="checkbox"/> Não existe o número indicado	<input type="checkbox"/> Não procurado

Reintegrado ao serviço postal em \_\_\_\_\_

Responsável \_\_\_\_\_



0594 106264494

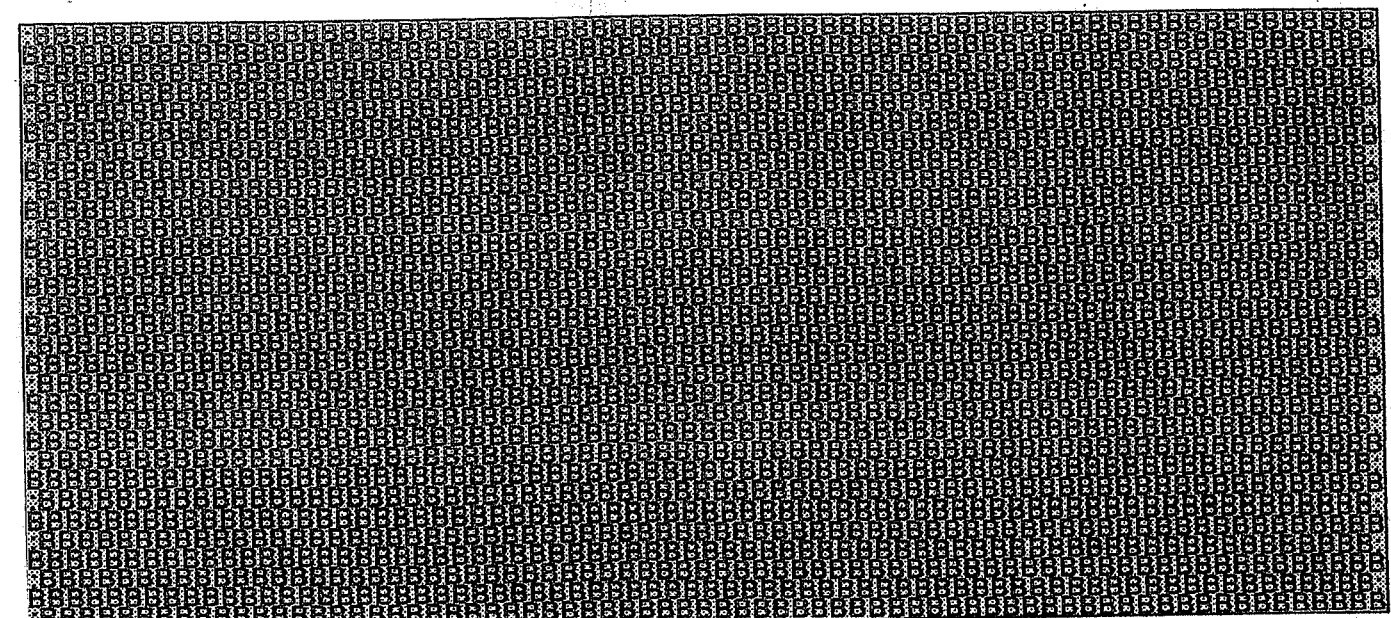


SEBASTIAO CARLOS MANGABEIRA FERREIRA  
RUA CANA FISTOLA 226  
AREIA BRANCA  
56330-035 PETROLINA - PE



721319506911304000000394230140618

20 MAIO 2019





Registro Nº 129679  
Data: 24/10/18  
Hora: 18:35

Nome: José Orivaldo da Silva				CNS:
Pai: Francisco Pinheiro da Silva Neto				Naturalidade:
Mãe: M <sup>te</sup> de Lourdes Pinheiro da Silva	Profissão: Agricultor			
Sexo: M	D.N.: 21.04.87	Idade: 31	Estado Civil: Casado	
Endereço: Bela Vista, Chaparriz				
Fone:	Cidade: L.G.	Estado: PE	Procedência: S.R.	
RG: CPF. 062.162.02464		Certidão de Nascimento:		
Informante:			Parentesco: Quisimo	

Queixas do Paciente: Acidente de moto

Atendimento: ☐ Clínico ☐ Cirúrgico ☐ Pediátrico ☐ Obstétrico Hora:

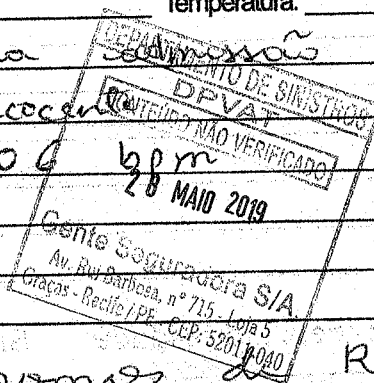
Situação de Destino: ☐ Sala de Medicação ☐ Sala Vermelha ☐ Sala de Curativo ☐ Raio X ☐ Enfermaria

Histórico da Doença Atual:

Paciente vítima de acidente de moto. Refere que caiu atropelado S/C. Refere que estava sem capacete S/C. Negou perda da consciência ou vômito. Blasgow 15. Paciente consciente, orientado, eupneico.

Exame Físico: PA: 100 x 60 Pulso: Temperatura: Peso:

Apresentou sudorese na axila esquerda  
AR - ACV e ABD incoerentes  
Sat 97%. FC 106 bpm  
Exames Solicitados/ Realizados: Não dispomos de RX



Diagnóstico Provisório: Acidente de moto  
Fratura de fêmur de perna E  
Solicito Regulação

Identificação do Médico:

Médico - CREMEPE

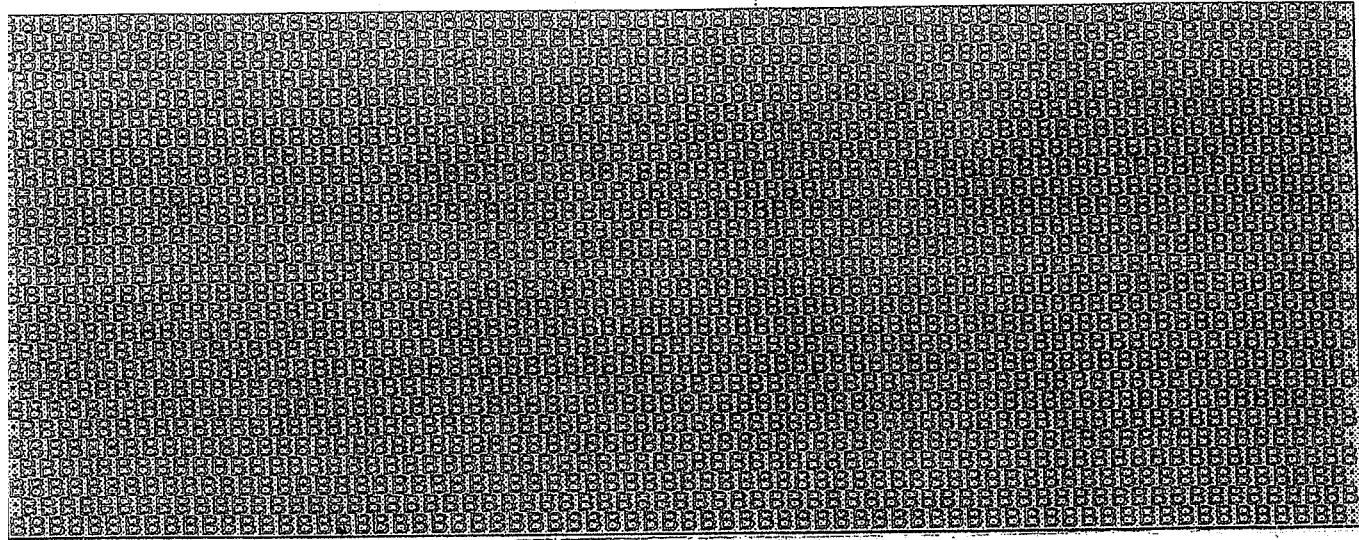
CRM: 10000  
Dra. Adenilson Dias



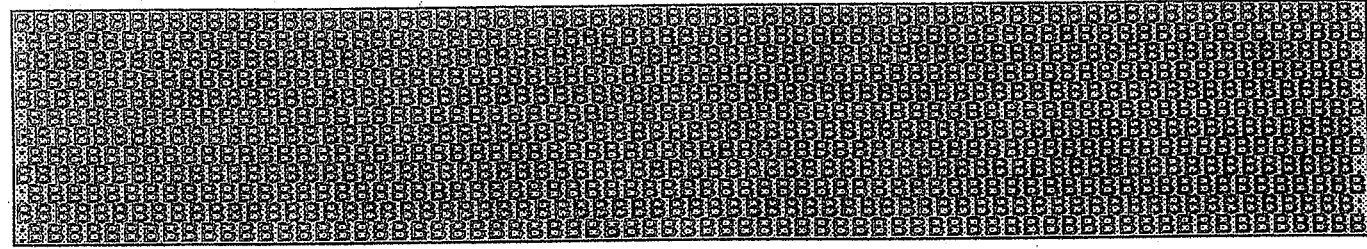
<input type="checkbox"/> Mudou-se	<input type="checkbox"/> Recusado	<input type="checkbox"/> Falecido
<input type="checkbox"/> Desconhecido	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Endereço
<input type="checkbox"/> Informação do porteiro / síndico	<input type="checkbox"/> Não existe o número indicado	<input type="checkbox"/> Não procurado

Reintegrado ao serviço postal em \_\_\_\_\_

Responsável \_\_\_\_\_



0594 106264494

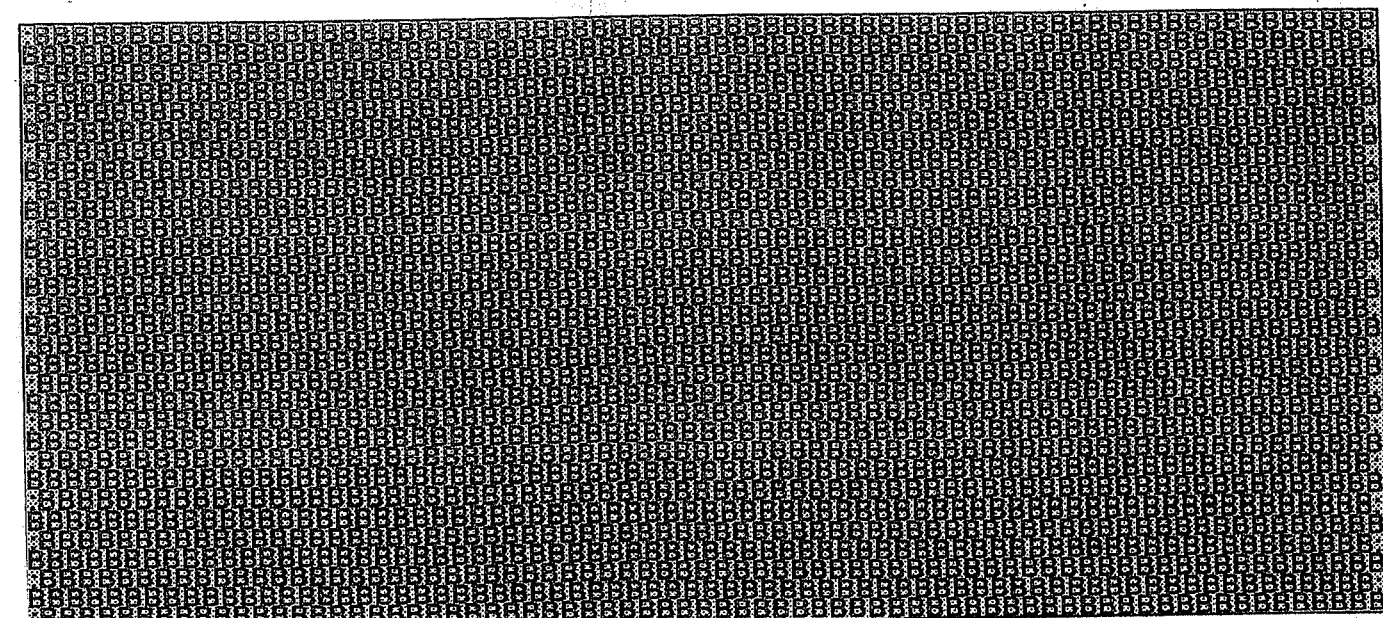


SEBASTIAO CARLOS MANGABEIRA FERREIRA  
RUA CANA FISTOLA 226  
AREIA BRANCA  
56330-035 PETROLINA - PE



721319506911304000000394230140618

28 MAIO 2019



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 062 162 024-64 Nome completo da vítima: JOSE ORIVALDO DA SILVA

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

Nome completo: JOSE ORIVALDO DA SILVA CPF: 062 162 024 64

Profissão: FRETEIRISTA Endereço: RUA B Número: 100 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: MORADA NOVA Cidade: LAGOA GRANDE Estado: PE CEP: 56395-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): \_\_\_\_\_

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2991 CONTA: 45438 5

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Local e Data: LAGOA GRANDE-PE 07/05/2019

Nome: JOSE ORIVALDO DA SILVA

CPF: 062 162 024-64

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

\* Jose Orivaldo da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

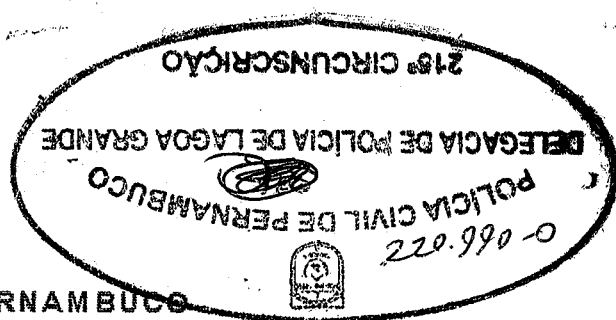
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



525702  
0179504/11

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 21ª CIRCUNSCRIÇÃO - LAGOA GRANDE -  
DP21ªCIRC DINTER2/26ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0305000366**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/05/2019** às  
**09:29**

Complementa o BO Número: 19E0305000359

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado)**  
que aconteceu no dia **24/10/2018** às **19:00**

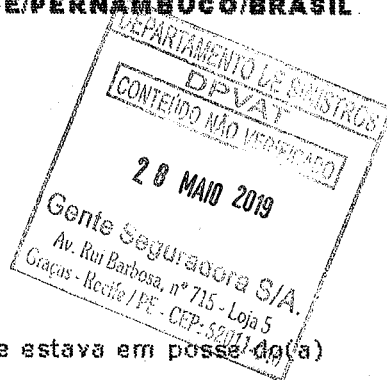
Fato ocorrido no endereço: **LOTEAMENTO BELA VISTA - LAGOA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE LAGOA GRANDE, 1 - Bairro: CENTRO - LAGOA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)  
ALLYSSON SANTOS LOPES (OUTRO)  
JOSÉ ORIVALDO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse de(a)  
Sr(a): **JOSÉ ORIVALDO DA SILVA**



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

**JOSÉ ORIVALDO DA SILVA** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DE LOURDES PINHEIRO DA SILVA** Pai: **FRANCISCO PINHEIRO DA SILVA NETO** Data de Nascimento: **21/4/1987** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Residência: **RUA B, MORADA NOVA - LAGOA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE LAGOA GRANDE, 100 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - LAGOA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**ALLYSSON SANTOS LOPES** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **GILÇA MARIA DOS SANTOS LOPES** Pai: **LAERCIO LOPES DA SILVA** Data de Nascimento: **07/7/1979** Naturalidade: **PETROLINA / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **AMASIADO(A)**  
Profissão: **OPERADOR**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE LAGOA GRANDE, 44, RUA BELA VISTA, CHAFARIZ - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - LAGOA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**VEICULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **ALLYSSON SANTOS LOPES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ ORIVALDO DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN ESD** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OVD1155 (BAHIA/JUAZEIRO)** Chassi: **9C2KC1650ER023615**  
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **GASOLINA**

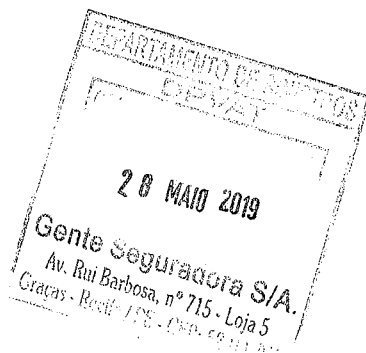
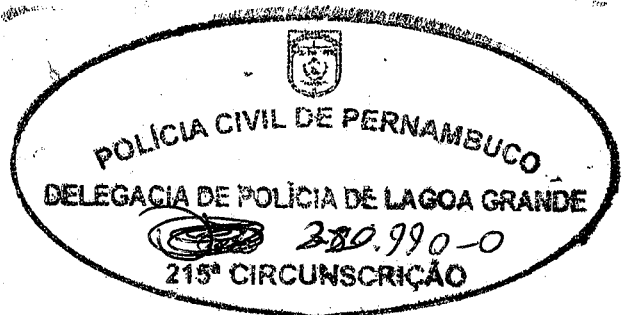
## Complemento / Observação

**RELATA QUE TRANSITA CONDUZINDO O VEICULO, PLACA OVD1155, RENAVAL 01001522017, REGISTRADO PELO LOTEAMENTO BELA VISTA, QUANDO REPETINAMENTE FOI ATINGIDO POR UM AUTOMOVEIS SENDO QUE NÃO SABE IDENTIFICAR O VEÍCULO QUE CAUSOU O ACIDENTE. FOI SOCORRIDO POR POPULARES QUE O LEVARAM AO HOSPITAL DE LAGOA GRANDE E DE LÁ FOI PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS E URGÊNCIAS EM PETROLINA, A VITIMA TEVE ESCORIAÇÕES PELO CORPO E QUEBROU O FEMO ESQUERDO.**

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

*Jose Orivaldo da Silva*  
**JOSÉ ORIVALDO DA SILVA**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado por: **PAULINO BERNARDO NETO** - Matrícula: **236005-3**

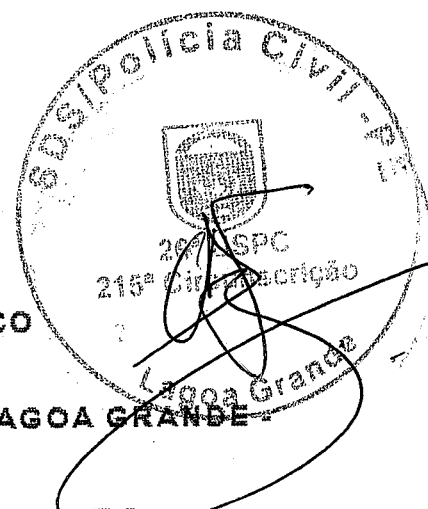


Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/POLICIA CIVIL/infopol/xm/BO...



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 215ª CIRCUNSCRIÇÃO - LAGOA GRANDE  
DP215ªCIRC DINTER2/26ªDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0305000359**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 07/05/2019 às  
17:37

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado)**  
que aconteceu no dia 24/10/2018 às 19:00

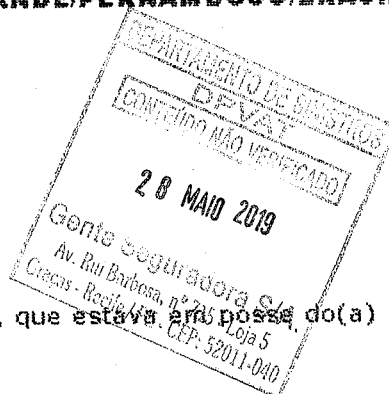
Fato ocorrido no endereço: **LOTEAMENTO BELA VISTA - LAGOA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE LAGOA GRANDE, 1 - Bairro: CENTRO - LAGOA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)  
JOSÉ ORIVALDO DA SILVA (VÍTIMA)

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)  
Sr(a): JOSÉ ORIVALDO DA SILVA



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

**JOSÉ ORIVALDO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DE LOURDES PINHEIRO DA SILVA Pai: FRANCISCO PINHEIRO DA SILVA NETO Data de Nascimento: 21/4/1987 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Residencial: RUA B, MORADA NOVA - LAGOA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE LAGOA GRANDE, 100 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - LAGOA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

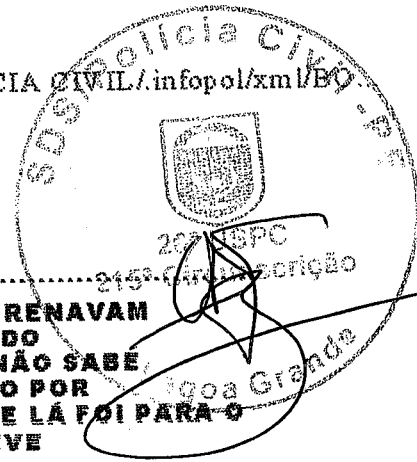
### Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

**VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSÉ ORIVALDO DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSÉ ORIVALDO DA SILVA Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN ESD Objeto apreendido: Não Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OVD1155 (BAHIA/JUAZEIRO)** Chassi: **9C2KC1050ER023615**

Boletim de Ocorrência

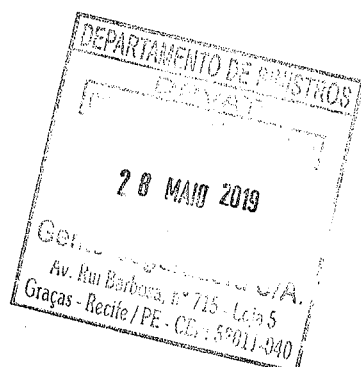
file:///C:/Users/POLICIA CIVIL/infopol/xml/BQ

**Complemento / Observação**

RELATA QUE TRANSITA CONDUZINDO O VEICULO, PLACA OVD1155, RENAVAM 01001522017, REGISTRADO PELO LOTEAMENTO BELA VISTA, QUANDO REPETINAMENTE FOI ATINGIDO POR UM AUTOMOVEL SENDO QUE NÃO SABE IDENTIFICAR O VEICULO QUE CAUSOU O ACIDENTE, FOI SOCORRIDO POR POPULARES QUE O LEVARAM AO HOSPITAL DE LAGOA GRANDE E DE LÁ FOI PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS E URGÊNCIAS EM PETROLINA, A VITIMA TEVE ESCORIAÇÕES PELO CORPO E QUEBROU O FEMO ESQUERDO.

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

*Jose Orivaldo da Silva*  
**JOSE ORIVALDO DA SILVA**  
(VITIMA)

**B.O. registrado por: CHARLES DOUGLAS DOS S. BATISTA - Matrícula: 221202-1**

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 062 162 024-64 Nome completo da vítima: JOSE ORIVALDO DA SILVA

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

Nome completo: JOSE ORIVALDO DA SILVA CPF: 062 162 024 64

Profissão: FRETEIRISTA Endereço: RUA B Número: 100 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: MORADA NOVA Cidade: LAGOA GRANDE Estado: PE CEP: 56395-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): \_\_\_\_\_

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2991 CONTA: 45438 5

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Vivos: \_\_\_\_\_ Fallecidos: \_\_\_\_\_

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

Local e Data: LAGOA GRANDE-PE 07/05/2019

Nome: JOSE ORIVALDO DA SILVA

CPF: 062 162 024-64

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

\* Jose Orivaldo da Silva

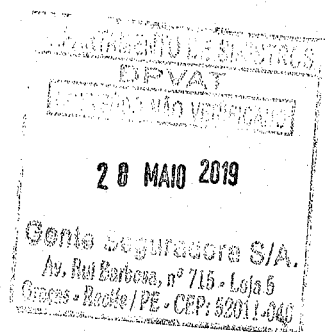
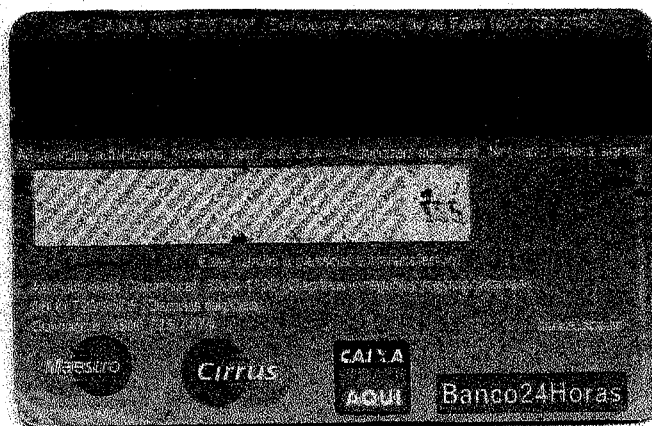
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Rio de Janeiro, 30 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190348622

Vítima: JOSE ORIVALDO DA SILVA

Data do Acidente: 24/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE ORIVALDO DA SILVA

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

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOSE ORIVALDO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002991

Conta: 0000045438-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://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](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2019**

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190348622**

**Vítima: JOSE ORIVALDO DA SILVA**

**Data do Acidente: 24/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





---

**Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190348622**

**Vítima: JOSE ORIVALDO DA SILVA**

**Data do Acidente: 24/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO**

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

**Senhor(a), JOSE ORIVALDO DA SILVA**

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



---

**Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190348622**

**Vítima: JOSE ORIVALDO DA SILVA**

**Data do Acidente: 24/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JOSE ORIVALDO DA SILVA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# 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: 24/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: JOSE ORIVALDO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02991

CONTA: 000000045438-5

---

Nr. da Autenticação 486D7DA96279A8B3

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0179504/19

**Vítima:** JOSE ORIVALDO DA SILVA

**CPF:** 062.162.024-64

**Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

**Data do acidente:** 24/10/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOSE ORIVALDO DA SILVA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO : 772.869.954-72

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

### JOSE ORIVALDO DA SILVA : 062.162.024-64

Autorização de pagamento

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/05/2019  
Nome: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO  
CPF: 772.869.954-72

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/05/2019  
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino  
CPF: 106.719.384-79

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190348622 **Cidade:** Lagoa Grande **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ORIVALDO DA SILVA **Data do acidente:** 24/10/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 04/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA SUBTROCANTERIANA DO FÊMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). (P1/6FC/34/35/38/410 ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

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

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: JOSE ORIVALDO DA SILVA  
RG/CNH/CTPS: 7650558 CPF: 062.162.024-64  
End: RUA B Nº 100 MORADA NOVA  
LAGOA GRANDE - PE

Outorgado: MARCUS ANDRÉ ALBUQUERQUE DE CARVALHO  
RG/CNH/CTPS: 3907844 CPF: 177.186.954-72  
End: RUA CANASTOLA - 226 ARCA BRANCA  
PETROLINA - PE

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao SEGURO DPVAT, que figura como vítima:

JOSE ORIVALDO DA SILVA - NATURALIZADO  
DATA DO ACIDENTE: 24.10.2018

LAGOA GRANDE, 07 de MIO de 2019

RECONHEÇO

Jose Orivaldo da Silva  
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0179504/19

**Número do Sinistro:** 3190348622

**Vítima:** JOSE ORIVALDO DA SILVA

**CPF:** 062.162.024-64

**Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

**Data do acidente:** 24/10/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOSE ORIVALDO DA SILVA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

**JOSE ORIVALDO DA SILVA : 062.162.024-64**

Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/05/2019

Nome: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

CPF: 772.869.954-72

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/05/2019

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190348622 **Cidade:** Lagoa Grande **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ORIVALDO DA SILVA **Data do acidente:** 24/10/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 04/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA COMINUTIVA SUBTROCANTERIANA DO FÊMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). (P1/6FC/34/35/38/410 ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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

## DANOS

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



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190348622

**Cidade:** Lagoa Grande

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOSE ORIVALDO DA SILVA

**Data do acidente:** 24/10/2018

**Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA.  
DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura fechada do fêmur esquerdo

**Descrição do exame** Vítima deambulando com auxílio de muletas

**físico:** Moderada atrofia do quadríceps  
Boa ADM, com dor moderada à flexão final do quadril esquerdo

**Resultados terapêuticos:** Redução cirúrgica com fixação interna com placa e parafusos  
Alta em 08/11/2018

**Sequelas permanentes:** Deficit funcional moderado(50%)em quadril esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 14/06/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em quadril esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



Nome: José Orivaldo da Silva				CNS:
Pai: Francisco Pinheiro da Silva				Naturalidade: Serra Talhada
Mãe: N. de Lourdes Pinheiro da Silva	Sexo: M	D.N.: 21.04.87	Idade: 31	Estado Civil: Casado
Endereço: Bela Vista, Chaparrão				Profissão: Agricul. for
Fone:	Cidade: L.G.	Estado: PE	Procedência: S.R.	
RG: CPF. 062.162.02464		Certidão de Nascimento:		
Informante:				Parentesco: Ousmo

Queixas do Paciente: Acidente de moto

Atendimento: ☐ Clínico ☐ Cirúrgico ☐ Pediátrico ☐ Obstétrico Hora:

Situação de Destino: ☐ Sala de Medicação ☐ Sala Vermelha ☐ Sala de Curativo ☐ Raio X ☐ Enfermaria

Histórico da Doença Atual:

Paciente vítima de acidente de moto. Refere que carro atropelou S.C. Refere que está na sem capacidade S.C. Negou perda da consciência ou vômito. Blasgow 15. Paciente consciente, orientado, eupneico.

Exame Físico: PA: 100 x 60 Pulso: Temperatura: Peso:

Apresentou sudorese na axila esquerda

AR - ACV e ABD - incoco

Sat. 97% Fc: 106 bpm

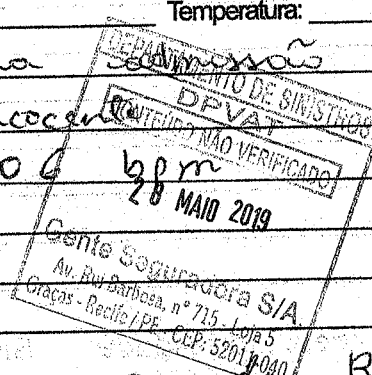
Exames Solicitados/ Realizados: Não dispomos de RX

Diagnóstico Provisório: Acidente de moto

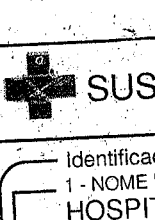
Fratura de fêmur de perna E

Solicito Regulação

Identificação do Médico: Médico - CREMEPE



CRM 10000  
Dra. Adenilson Dias

		Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde						2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE						6042414	
HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS						4 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE						6042414	
HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS						6 - ACOMPANHANTE	
Identificação do Paciente						7 - PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE						X	
JOSE ORIVALDO DA SILVA						51339489	
8 - CNS		9 - RG		10 - CPF		11 - NASCIMENTO	
700301971114733				6216202464		21/04/1987	
12 - SEXO		13 - RAÇA/COR		14 - ETNIA		15 - NOME DA MÃE	
M		PARDA				MARIA DE LOURDES PINHEIRO DA SILVA	
16 - TELEFONE DE CONTATO						17 - NOME DO RESPONSÁVEL	
18 - TELEFONE DE CONTATO						19 - ENDEREÇO	
RUA F. nº 106 - MORADA NOVA						21 - COD IBGE	
20 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA						22 - UF	
LAGOA GRANDE						PE	
23 - CEP						56395000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
24 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS							
ciente vítima de acidente moto e trauma principal coxa esquerda, com dor e deformidade							
25 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO							
o quadro acima							
26 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)							
hda + rx + exame físico							
HU - UNIVASF CONFERE COM O ORIGINAL Data: 30/04/19							
28 - CID 10 PRINCIPAL							
S72.3							
29 - CID 10							
30 - CID 10 C. ASSOCIADAS							
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO							
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR							
33 - CLÍNICA		34 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		35 - DOCUMENTO		36 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF.	
				( ) CNS (X) CPF		46755110582	
37 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				38 - DATA DA SOLICITAÇÃO		39 - ASS. CARIMBO (N.º REG. CONSELHO)	
GEORGE JAMES BATISTA DE OLIVEIRA				24/10/2018		13101/CREMEPE	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
40 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO		41 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		42 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO		43 - CNPJ DA SEGURADORA	
44 - N.º BILHETE		45 - SÉRIE		46 - CNPJ EMPRESA		47 - CNAE EMPRESA	
48 - CBOR		49 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) NÃO SEGURADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO		50 - NOME PROF. AUTORIZADOR	
51 - COD ORÇAO		52 - DOCUMENTO		53 - NÚMERO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. AUTORIZADOR		54 - DATA DE AUTORIZAÇÃO	
55 - ASSINATURA		56 - N.º AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		2010045		2357	

Ficha de Atendimento - Emergência *Nat. Nat*

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 51339489  
Paciente: JOSE ORIVALDO DA SILVA  
Mãe: MARIA DE LOURDES PINHEIRO DA SILVA  
Endereço: RUA F, nº 106 - MORADA NOVA / LAGOA GRANDE (PE)  
CNS: 700301971114733 Doc. Identificação: Nasc.: 21/04/1987 Idade: 31  
Telefone: (null) null

ANAMNESE DO MÉDICO

22:25h Paciente regulado de lúmen grande, vítima de acidente motorizado por  
uma queda no de lúmen no momento, ingesto RNC, náuseas e vômi-  
tos; (Quilando-se de dor em mm esquerda) (Com deformidade de membro)  
(A) São áreas perivas; sem dor ao captação de lúmen  
(B) MVD por AHTX; SIRA; sem dor; Captação de compressão palpável  
(C) RNC; RT; BNF; SIS; História Clínica e Hemodinâmica  
(D) Glóbulos 15; pupilas isocóricas e reativas; hemostase subgástrica e excreta-  
(E) Membranas floculadas e indolentes; pulso radial  
#D: 1) Sem dor lúmen geral nas condições de exame  
da (paciente em observação por exame físico médico que indique  
obstrução da lúmen geral).

Dra. Yza Mariana C. Brito  
Médica  
CRM-PE 261

*Exame físico:*  
Paciente politraumatizado, vítima de colisão  
multicorpo, com múltiplas escoriações, em  
dor e deformidade em costela (E)

RA fêmur (E) *ADP*  
RA Bacia

28 MAIO 2019

D. George J. B. de Oliveira  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM-PE 1301 / CRM BA 1395

HU - UNIVASF  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Data: 30/04/19

Marielly Bastos Cavalcante  
Assistente Administrativo  
HU - UNIVASF / EBSERH  
SIAPE: 2204687

Ass. Paciente: Saída: / / Hora: : :

# Registro de Classificação de Risco

Protocolo de Manchester

Identificação do Paciente

Nome: JOSE ORIVALDO DA SILVA Chegada: 24/10/2018 22.24.08  
 Sexo: MASCULINO Idade: 31  
 Transporte: MEIOS PRÓPRIOS Data de Nascimento: 21/04/1987

Classificação de Risco

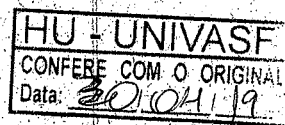
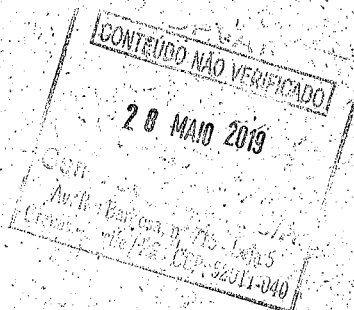
Queixa Principal: VITIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO - REGULADO P/ ORTOPEdia FRAT. FEMUR  
 Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES Discriminador: DOR MODERADA

Parâmetros: Glicemia Capilar Escala de Coma de Glasgow: 15  
 Pulso Ritmo: Sat O2 (%):  
 Temperatura Timpânica Escala de Dor: 5 PA  
 Prioridade Clínica: EMERGENTE VERMELHA 0 minutos MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos URGENTE AMARELA Até 60 minutos POUCO VERDE Até 120 minutos NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos BRANCO

Classificador: ADRIANA SOARES DE LIMA LEANDRO COREN / CRM: 273643 Hora de Início CR: 24/10/2018 22.39.24 Hora de Fim CR: 24/10/2018 21.40.46

Reclassificação

Queixa Principal:  
 Fluxograma: Discriminado  
 Parâmetros: Glicemia Capilar Escala de Coma de Glasgow:  
 Pulso Ritmo: Sat O2 (%):  
 Temperatura Timpânica Escala de Dor: PA  
 Prioridade Clínica: EMERGENTE VERMELHA 0 minutos MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos URGENTE AMARELA Até 60 minutos POUCO VERDE Até 120 minutos NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos BRANCO  
 Fluxo: Início:  
 Classificador: COREN / CRM: Hora de Início CR: Hora de Fim CR:



Marielly Bastos Cavalcante  
 Assistente Administrativo  
 HU - UNIVASF / EBSERH  
 SIAPE: 2204687

FICHA DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

**PACIENTE**

Paciente : 286.637 - JOSE ORIVALDO DA SILVA  
Dt. Nascimento : 21/04/1987  
Idade : 31a 6m 10d Sexo : M  
Estado civil : SOLTEIRO  
RG : 7650558-SDS PE  
Naturalidade : SERRA TALHADA - PE  
Pai : FRANCISCO PINHEIRO DA SILVA NETO  
Mãe : MARIA DE LOURDES PINHEIRO DA SILVA  
Endereço : RUA B, 100 CASA, MORADA NOVA, LAGOA GRANDE - PE  
Telefone : (87)9-9613-5846 /

**INTERNAMENTO**

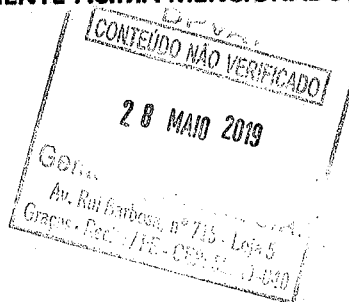
Convênio : SESAB  
Médico Responsável : Dr ROBERTO BASTOS DE ALENCAR FILHO - 14.424-BA  
Pessoa Responsável : MARIA DE LOURDES PINHEIRO DA SILVA  
RG :  
Observação : ACIDENTE DE MOTO  
Entrada : 01/11/2018 02:37:06

Saída : 08 / 11 / 18 14 : 30

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

**OBRIGO-ME PERANTE AO HOSPITAL SOTE - SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA ESPECIALIZADA COMO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE ACIMA MENCIONADO(A).**

JUAZEIRO, 01/11/2018



*Jose Orivaldo da Silva*  
ASSINATURA





# SOTE - Serviço de Ortopedia e Traumatologia Especializada LTDA

Rua Um, 01 Alto da Maravilha - Juazeiro - BA - Tel: (74) 3613-8888

Fax: (74) 3613 - 8889/ 3613 - 8887 CEP: 48.904-580 - CNPJ: 13 971890/0001-20

## LAUDO CIRÚRGICO

PACIENTE: 286.637 - JOSE ORIVALDO DA SILVA

Nº GUIA: 1.010.898

CIRURGIÃO: Dr ROBERTO BASTOS DE ALENCAR FILHO

ANESTESISTA: ( x ) DR. CARLOS ALENCAR ( ) DR. EDUARDO BORGES ( ) DR. RICARDO VIEIRA ( ) DR. MATEUS BISSOLI

DATA DA CIRURGIA: 06/11/2018

### DIAGNÓSTICO

SUBTROCANTERIANA DE FEMUR COMINUTIVA

### INTERVENÇÃO

0408050616 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA

MEMBRO: ( ) DIREITO ( x ) ESQUERDO

TIPO DE FRATURA: ( ) ABERTA ( x ) FECHADA

### DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1) PACIENTE EM DECUBITO LATERAL SOB ANESTESIA
- 2) ASSEPSIA + ANTISSEPSIA
- 3) APOSIÇÃO DOS CAMPOS
- 4) TENTADO TECNICA EM PONTE SEM SUCESSO, ACESSO LATERAL REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM 01 PLACA 135° E 04 PARAFUSOS CORTICAIS 4,5MM
- 5) HEMOSTASIA
- 6) LIMPEZA COM 2L SF 0,9%
- 7) SUTURA COM 2NYLON SOB DRENO
- 8) CURATIVO

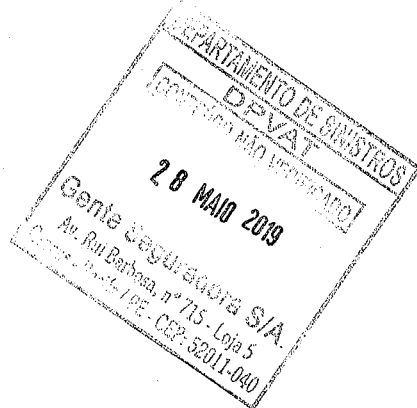
### MATERIAL DE OPME

- ( ) 0702030406 - FIXADOR EXTERNO LINEAR
- ( ) 0702030481 - HASTE FEMORAL CURTA C/ BLOQUEIO CEFALICO (INCLUI PARAFUSOS)
- ( ) 0702030490 - HASTE FEMORAL LONGA C/ BLOQUEIO CEFALICO (INCLUI PARAFUSOS)
- ( ) 0702030511 - HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE FEMUR (INCLUI PARAFUSOS)
- ( x ) 0702030813 - PLACA C/ PARAFUSO DESLIZANTE DE 135 OU 150 GRAUS
- ( ) 0702030821 - PLACA C/ PARAFUSO DESLIZANTE DE 95 GRAUS
- ( ) 0702030856 - PLACA ANGULADA 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)

OUTROS NÃO COMPATÍVEIS/JUSTIFICATIVA:

USADO 5 PARAFUSOS CORTICAIS PARA FIXAR PLACA AO OSSO

Dr ROBERTO BASTOS DE ALENCAR FILHO  
CRM-14.424-BA









**EVOLUÇÃO ENFERMAGEM**

NOME:	Sociedade Univalde da Silva			IDADE:	31	REGISTRO:	286.634	DATA:	06/11/18
CLÍNICA:	ENFERMEIRA:	APARTAMENTO:	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:	DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:	LEITO:				
02.C	4								

**HORARIO**

**EVOLUÇÃO ENFERMAGEM**

**ASSINATURA**

06:00

Sendo medicado conforme prescrição com 4 comp de Nifedipina + 40 ml de AD GL

Lygia Stephanie Amorim Rof  
Enfermeira  
COREN-BAPE: 60611

07:10

Reciente recebeu 500 mg em 100 ml de 0.9% soro fisiológico em 1 hora, com dor abdominal e náusea. Foi realizada a lavagem gástrica com 1 litro de solução de bicarbonato de sódio. Foi realizada a lavagem gástrica com 1 litro de solução de bicarbonato de sódio. Foi realizada a lavagem gástrica com 1 litro de solução de bicarbonato de sódio.

12:14

Paciente com 01 med. Repetir. Foi realizada a lavagem gástrica com 1 litro de solução de bicarbonato de sódio. Foi realizada a lavagem gástrica com 1 litro de solução de bicarbonato de sódio. Foi realizada a lavagem gástrica com 1 litro de solução de bicarbonato de sódio.

Graciela F. Silva Santos  
Téc. de Enfermagem  
COREN-BA: 691.715

Graciela F. Silva Santos  
Téc. de Enfermagem  
COREN-BA: 691.715

**PRODUTO:**

C. HEMACIAS (X) PLASMA ( ) PLACQUETAS ( )

**PACIENTE:**

Graciela Univalde da Silva

Nº BOLSA: 2129181017005

ABO/Rh (BOLSA) O+ VALIDADE: 38/11/18

ABO/Rh (PACIENTE): O+ RESP: Santa

**DATA DO**

06/11/18

**RESF**

**EVACUAÇÃO**

**S.N.G.**

**DIADRENO**

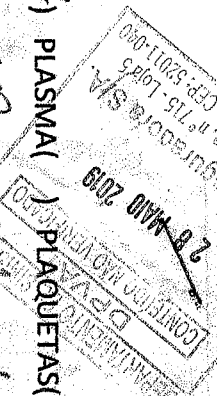
**VÔMITO**

**HGT**

**BAL. HÍDRICO**

Opa realizado batina + lavagem gástrica para 02 litro com uso de 1 litro de solução de bicarbonato de sódio.

PA: 114x54 P 115, glicemia 115 mg/dl





SECRET  
STATE DEPT.  
TANAMOUNT  
EASTWING

11

EMERSON

APARTAMENTO

DIAGNOSTIC CENTER  
8 M

0  
1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9

2

14

TORA R10

EVOLUÇÃO EM ENTREVISTA

1000

28 MAIO 2019

ASSINAR	LEITO	11	11
---------	-------	----	----

0411

07b Haciute se que rue ruituna muto, rue

18:00 Sendo redigido em 10 de dezembro AD EU, 2015

19:05 Possible fix get-up. Furniture no longer seen in previous photos

Williams no obstante, sigue con su carácter

Martha Assis de Jesus  
Rua de Enfermagem  
692.105  
COLEN-BA

Enfermeiro  
Romney Lucena Silva  
COREN-BA 233.971

PA /	PULSO	TEMP	INGESTIAO	DIURESE	EVACUACAO	OTROS	DIAGNOSTICO
HORA							

0000	120x30	0000	0000
------	--------	------	------

120-80	78	36-40
120-80	78	36-40

19 hrs	100 x 75	89	35	96
--------	----------	----	----	----

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





SERVIÇO DE  
ORTOPÉDIA E  
TRAUMATOLOGIA  
SOTE ESPECIALIZADA

## LAUDO CIRÚRGICO

PACIENTE: JOSE OLIVADO DE SAUS REGISTRO: 286.632  
CIRURGIÃO: DR. ROBERTO FARIAS 1º AUXILIAR: \_\_\_\_\_  
ANESTESISTA: DR. CARLOS ALMEIDA 2º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_

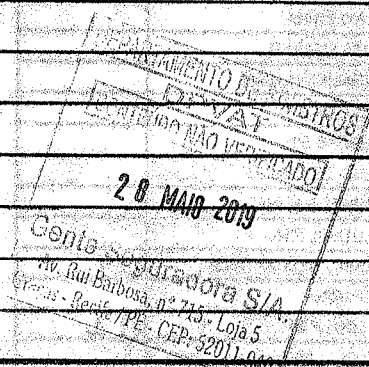
DATA: 06/11/8 INÍCIO: \_\_\_\_\_ TÉRMINO: \_\_\_\_\_ DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: FRA MA S43 INTERVENÇÃO: REDAÇÃO CÍRCA E

TI DO PUNTO

### DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

Fem e



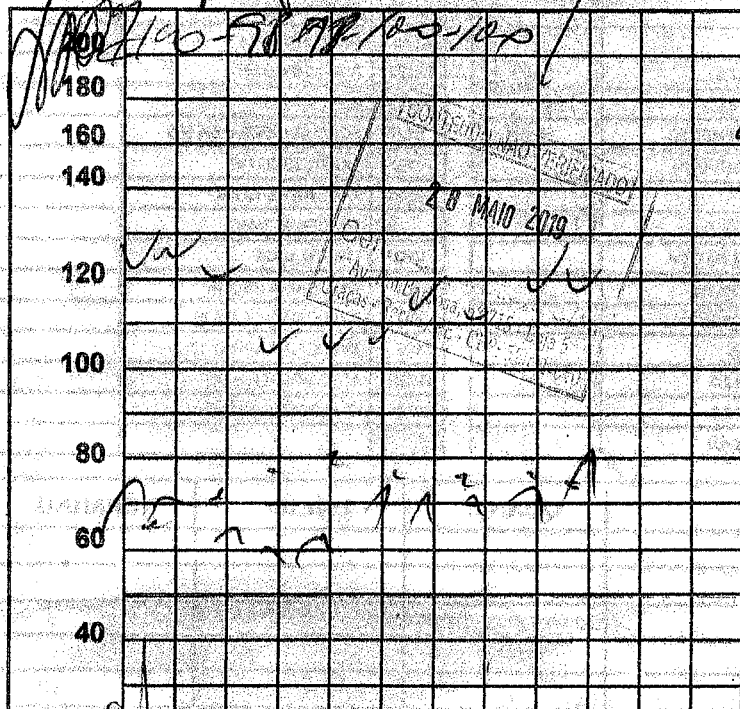
DR

### LAUDO DE ANESTESIA

ANESTESIA/INÍCIO: \_\_\_\_\_ TÉRMINO: \_\_\_\_\_ DURAÇÃO: 80'

TIPO DE ANESTESIA: prof AGENTE: Almeida VOLUME: Inf

### MEDICAÇÃO DO C.C.



Marcado 10 mg  
Imersão 0.2 mg  
200 mg 2.0 mg  
Concentrado 2.0 mg  
Sumário da 1.0 mg

DR. ALMEIDA  
CRM 33324

DR

21 Nov

**Solo**

SERVÍCIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA

Av. Paulo Afonso, 01 - Alto da Maravilha  
- Tel.: (74) 3611-3403 / Fax: (74) 3611-4023

**PRESCRIÇÃO MÉDICA E  
CONTROLE DE APLICAÇÃO**

**Nome do Paciente**

Jose Orvik 1900 on Silk

**Nº do Registro**

**Data da Admissão**

# Ent/Apt

do Leno

DIA 611718

DIAO 2111 13

DIA 03/11/18

DIA 04123158

# MEDICAMENTO

**DOG**



# INTERVIEW

# HOYAKU

# NOVA



2

01/11/18  
SFO 91, 1,000 and 2  
Jamar 1g + AD @ 9hr

Dr. Roberto B. Alencar  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PA 3.547/2007 PE  
CRM-PA 3.548/985-68  
CPR-035 868

20 MAY 2019

Corpus Christi

17-51

Robert O. Trautman  
8868  
685-087-Ph  
Orthopedic  
Dr. Trautman

## OUTROS CUIDADOS

Johnston, J. C. H. 1979

the 1st of Nov. 1891

SECRET

# ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

**ESPECIFICAÇÃO**

25/02/2017

Dr. Robert B. Alexander  
Orthopedic Traumatologist  
CRM PA-3 514-4087-NE  
514-868-9856

**ESPECIFICAÇÃO**

0260  
Mau Feb  
Kau (E)

## ESPECIFICACÃO

Roberto B. Alencar  
Pediatra Trauma  
CRM BA 3.510-4  
R. 035-4195

**ESPECIALIZADO**

Roberto B. Alvarado  
Ortopedia y Traumatología  
RUB-33510 / 40817 P  
Tel: 05-868 9835













**EVOLUÇÃO ENFERMAGEM**

NOME:

For Univerdo de Lima

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

DIAGNOSTICO SECUNDARIO

IDADE

REGISTRO

DATA

LEITO

06/11/85

ASSINATURA

**EVOLUÇÃO ENFERMAGEM**

HORARIO

16:15

Após paciente acordar com hipotermias sendo muito resmungoso e com muita melhora sobre febre mas ainda com insônia e náusea. Administrado 01mg cloraz + 8mg de diazepam e 2ml de insulina. Medido a pressão arterial.

Prescrita: 01mg Santos  
Rec. de enfermagem  
CAREN BA 691.745

Prescrita: 01mg Santos

Rec. de enfermagem

CAREN BA 691.745

Prescrita: 01mg Santos

Rec. de enfermagem

CAREN BA 691.745

Prescrita: 01mg Santos

Rec. de enfermagem

CAREN BA 691.745

Prescrita: 01mg Santos

Rec. de enfermagem

CAREN BA 691.745

Prescrita: 01mg Santos

Rec. de enfermagem

CAREN BA 691.745

Prescrita: 01mg Santos

Rec. de enfermagem

CAREN BA 691.745

Prescrita: 01mg Santos

Rec. de enfermagem

CAREN BA 691.745

Prescrita: 01mg Santos

Rec. de enfermagem

CAREN BA 691.745

Prescrita: 01mg Santos

Rec. de enfermagem

CAREN BA 691.745

HORA

P.A.

PULSO

TEMP.

INGESTÃO

DIURESE

EVACUAÇÃO

S.N.G.

DIA DRENO

VÔMITO

HGT

BAL. HÍDRICO

16:05

60 x 40

16:18

70 x 30

16:30

80 x 50

17:00

80 x 40

17:30

70 x 40

Após paciente acordar com hipotermias sendo muito resmungoso e com muita melhora sobre febre mas ainda com insônia e náusea. Administrado 01mg cloraz + 8mg de diazepam e 2ml de insulina. Medido a pressão arterial.

Prescrita: 01mg Santos  
Rec. de enfermagem  
CAREN BA 691.745

Prescrita: 01mg Santos

Rec. de enfermagem

CAREN BA 691.745

Prescrita: 01mg Santos

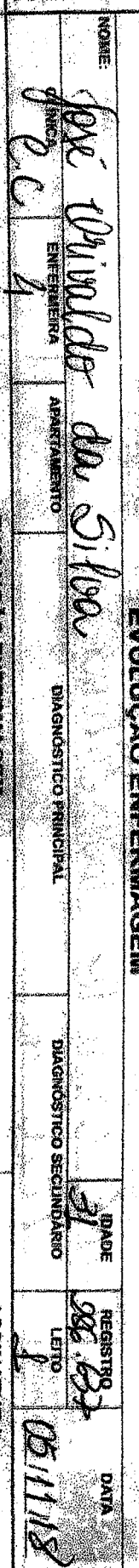
Rec. de enfermagem

CAREN BA 691.745

Prescrita: 01mg Santos

Rec. de enfermagem

CAREN BA 691.745



## ASSINATURA

# HEMOBA

**PRODUTO:**

C. HEMACIAS( ) PLASMA( ) PLAQUE( )

PACIENTE: DR. CRISTIAN DE VASCO

DESTINO: 011111

№ БОЛСА 129481010041

ABO/Rh (BOLSA) O+ VALIDADE: 11/3

ABO/Rh (PACIENTE): OT RES: 22/00

DATA DO 11/11/17

TESTED 05/11/18 VOLUME (BOLSA) 203 gms

Grande quantidade de formação plasmática com 4 amp. de Al<sub>2</sub>SiO<sub>5</sub> + 10 ml de AP, e 1/2 lts de pasta de 22 fase de SF 0.9750 e

Specialty American Knitwears  
1000 Pennsylvania  
CORENBAPE 365-118

78 MAY 20 1968

PARLAMENTO DE SINGAPORE  
DEBATES

[illegible]





Nome	Oswaldo da Silva		
Classe	ENFERMEIRA	APARTAMENTO	DIAGNÓSTICO
	4		

**DIAGNOSTICO PRINCIPAL**

DIAGNOSTICO SECUNDARIO	INDICE
------------------------	--------

REQUISITO  
LETO  
1

05/11/18

## HORARIO

18:10

# HEMOBA

# PRODUTO-

C. HEMÁCIAS( ☒ ) PLASMA( ☐ ) PLAQUETAS( ☐ )

PACIENTE: 1026 Mr. Carlos Ochoa

# DESTINO

Nº BOLSA 219918101028

ABO/Rh (BOLSA) O+ VALIDADE: 1/13

ABO/Rh (PACIENTE): O+ RESP Latina

# DATA DO

TESTE 25/1/118 VOLUME(BOLSA) 207 366

# EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

**INDEX**

## REGISTRATION

**DATA**

## DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

LEITO

05/11/18

# EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

## ASSINATURE

Tramite del 1.º luglio  
di corrispondenza

de asemenea a fost  
SSU, P.A = 120x80 mm

Temp = 36.5°C

Limnology and the Politics of

SSIV, D A = 410x 80 T 36.6°C

Stephen Amorim Rodriguez

COPIES: 000.110

**Stefano Amadori Rodrigues**

100

CONFIDENTIAL - VJL

**BAL. HIDRICO**

6108 GivW 84

6108 GivW 84

201110

[illegible]

[illegible]

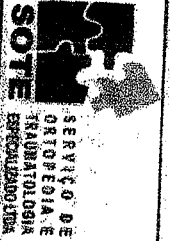








DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA	DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA
04/11/18	→ Avaliação de lesão Hx 8 mil Alto Ressonância FRAO SUB TROCANTERO PO FEMUR L (C) Alencar		
02/11/18	Hx HT Colúmbus Alencar		
03/11/18	Alencar		
04/11/18	Alencar		
05/11/18	Alencar		
06/11/18	Alencar		
07/11/18	Alencar		
08/11/18	Alencar		
09/11/18	Alencar		
10/11/18	Alencar		
11/11/18	Alencar		
12/11/18	Alencar		
13/11/18	Alencar		
14/11/18	Alencar		
15/11/18	Alencar		
16/11/18	Alencar		
17/11/18	Alencar		
18/11/18	Alencar		
19/11/18	Alencar		
20/11/18	Alencar		
21/11/18	Alencar		
22/11/18	Alencar		
23/11/18	Alencar		
24/11/18	Alencar		
25/11/18	Alencar		
26/11/18	Alencar		
27/11/18	Alencar		
28/11/18	Alencar		
29/11/18	Alencar		
30/11/18	Alencar		
01/12/18	Alencar		
02/12/18	Alencar		
03/12/18	Alencar		
04/12/18	Alencar		
05/12/18	Alencar		
06/12/18	Alencar		
07/12/18	Alencar		
08/12/18	Alencar		
09/12/18	Alencar		
10/12/18	Alencar		
11/12/18	Alencar		
12/12/18	Alencar		
13/12/18	Alencar		
14/12/18	Alencar		
15/12/18	Alencar		
16/12/18	Alencar		
17/12/18	Alencar		
18/12/18	Alencar		
19/12/18	Alencar		
20/12/18	Alencar		
21/12/18	Alencar		
22/12/18	Alencar		
23/12/18	Alencar		
24/12/18	Alencar		
25/12/18	Alencar		
26/12/18	Alencar		
27/12/18	Alencar		
28/12/18	Alencar		
29/12/18	Alencar		
30/12/18	Alencar		
31/12/18	Alencar		
01/01/19	Alencar		
02/01/19	Alencar		
03/01/19	Alencar		
04/01/19	Alencar		
05/01/19	Alencar		
06/01/19	Alencar		
07/01/19	Alencar		
08/01/19	Alencar		
09/01/19	Alencar		
10/01/19	Alencar		
11/01/19	Alencar		
12/01/19	Alencar		
13/01/19	Alencar		
14/01/19	Alencar		
15/01/19	Alencar		
16/01/19	Alencar		
17/01/19	Alencar		
18/01/19	Alencar		
19/01/19	Alencar		
20/01/19	Alencar		
21/01/19	Alencar		
22/01/19	Alencar		
23/01/19	Alencar		
24/01/19	Alencar		
25/01/19	Alencar		
26/01/19	Alencar		
27/01/19	Alencar		
28/01/19	Alencar		
29/01/19	Alencar		
30/01/19	Alencar		
31/01/19	Alencar		
01/02/19	Alencar		
02/02/19	Alencar		
03/02/19	Alencar		
04/02/19	Alencar		
05/02/19	Alencar		
06/02/19	Alencar		
07/02/19	Alencar		
08/02/19	Alencar		
09/02/19	Alencar		
10/02/19	Alencar		
11/02/19	Alencar		
12/02/19	Alencar		
13/02/19	Alencar		
14/02/19	Alencar		
15/02/19	Alencar		
16/02/19	Alencar		
17/02/19	Alencar		
18/02/19	Alencar		
19/02/19	Alencar		
20/02/19	Alencar		
21/02/19	Alencar		
22/02/19	Alencar		
23/02/19	Alencar		
24/02/19	Alencar		
25/02/19	Alencar		
26/02/19	Alencar		
27/02/19	Alencar		
28/02/19	Alencar		
29/02/19	Alencar		
30/02/19	Alencar		
31/02/19	Alencar		



Serviço de  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA  
ESP. CULHOUTA

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Paulo Durivaldo da Silva

CLÍNICO: EE ENFERMEIRA: 4 APARTAMENTO: 1 DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: 1 DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: 1

IDADE: 34 REGISTRO: 286.639 DATA: 04/11/18

ASSINATURA: Miguel Souza Gonçalves

COORDENADOR ENFERMAGEM: Miguel Souza Gonçalves

CODIGO: 10000000000000000000

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

24/10. Sendo medicado com 01 amp. de dipirona + AD EV. Instalado

25/10. Sendo SF 0,9%. Urinado 01 urina 20cc

Sendo medicado com 01 amp. de dipirona + AD EV. Urinado 01 urina

26/10. Sendo medicado com 01 amp. de dipirona + AD EV. Urinado 01 urina

27/10. Sendo medicado com 01 amp. de dipirona + AD EV. Urinado 01 urina

28/10. Sendo medicado com 01 amp. de dipirona + AD EV. Urinado 01 urina

29/10. Sendo medicado com 01 amp. de dipirona + AD EV. Urinado 01 urina

30/10. Sendo medicado com 01 amp. de dipirona + AD EV. Urinado 01 urina

31/10. Sendo medicado com 01 amp. de dipirona + AD EV. Urinado 01 urina

01/11. Sendo medicado com 01 amp. de dipirona + AD EV. Urinado 01 urina

02/11. Sendo medicado com 01 amp. de dipirona + AD EV. Urinado 01 urina

03/11. Sendo medicado com 01 amp. de dipirona + AD EV. Urinado 01 urina

04/11. Sendo medicado com 01 amp. de dipirona + AD EV. Urinado 01 urina

05/11. Sendo medicado com 01 amp. de dipirona + AD EV. Urinado 01 urina

06/11. Sendo medicado com 01 amp. de dipirona + AD EV. Urinado 01 urina

07/11. Sendo medicado com 01 amp. de dipirona + AD EV. Urinado 01 urina

08/11. Sendo medicado com 01 amp. de dipirona + AD EV. Urinado 01 urina

09/11. Sendo medicado com 01 amp. de dipirona + AD EV. Urinado 01 urina

10/11. Sendo medicado com 01 amp. de dipirona + AD EV. Urinado 01 urina

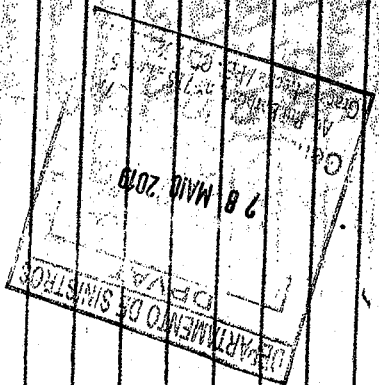
11/11. Sendo medicado com 01 amp. de dipirona + AD EV. Urinado 01 urina

12/11. Sendo medicado com 01 amp. de dipirona + AD EV. Urinado 01 urina

13/11. Sendo medicado com 01 amp. de dipirona + AD EV. Urinado 01 urina

14/11. Sendo medicado com 01 amp. de dipirona + AD EV. Urinado 01 urina

15/11. Sendo medicado com 01 amp. de dipirona + AD EV. Urinado 01 urina



EM - 06/11/2018 16:26:48

REL - GINT014

Data / Hora - 06/11/2018 15:23:34

# Prescrição Médica

286.637

## Prontuário

006.562

## Prescrição

# Argis

## Prontuário

286.637

Nome : JOSE ORIVALDO DA SILVA

ENFERMARIA

Nasc: 21/04/1987      Idade - 31a 7m

Convênio: SESAB

## OBSERVAÇÃO

# APRAZAMENTO

# REPOUSO

REF ATTIVO

# ALFA

TVRF

**Publicação**

**SOLUÇÃO**

## CONTROLE

## MEDICAÇÃO

TENOXICAM 40 MG AMP, Cidade-1, Diluente-AGUA DESTILADA - 10 ML, Posologia-1X/ DIA, Via de Administração-IV, Motivo-S/N

CEFALOTINA 1G, Qidade-1, Diluente-AGUA DESTILADA - 10 ML, Posologia-6/6H, Via de Administração-IV

DIPIRONA 500 MG \2ML, Qidade-1, Diluente-AGUA DESTILADA - 10 ML, Posologia-6/6 H, Via de Administração-IV

TRAMADON DE 100MG INJETAVEL 2 ML, Qidade-1, Diluente-SOL FISIOLÓGICA 0,9% 500ML  
Posologia-8/8 H. Via de Administração-IV, Suspensão-S/N

# EXAMES SOLICITADOS

RX CONTROL

### OBSERVAÇÃO

**Peso**

Peso	Altura :	ICM :
VEI Estimar	VEI Ofendido	PTN Estimado
VEI SNO	PTN Ofendido	PTN SNO

**ICM:**

Altura :

PTN Estimado

PTN Ofertado

PTN SNO

PTN SNO

ROBERTO BASTOS DE ALENCAR ETI HO

CRM 4.424

Anrązamento -

Q2 ch: 2



EVOLUÇÃO ENFERMAGEM									
NOME: <i>Jose Carvalho da Silva Junior</i>		IDADE: <i>31a</i>		REGISTRO: <i>LEITO 1</i>		DATA: <i>06/11/18</i>			
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA ESPECIALIZADA		CLÍNICA: <i>CE</i>		ENFERMEIRA: <i>11</i>		APARTAMENTO		DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	
HORÁRIO		TEMP.		PULSO		INGESTÃO		DIURESE	
PA.		EVACUAÇÃO		S.N.G.		DIA DRENO		VÔMITO	
HGT		BAL. HÍDRICO							
<p><b>EVOLUÇÃO ENFERMAGEM</b></p> <p><i>20:00</i> Paciente apresentando hipertensão, não sendo feito dipnômetro PA: 80/50 mmHg.</p> <p><i>21:30</i> Paciente apresentando distúrbio ventricular de hipotensão, apresentando hipertensão (38,4°C) apresentando bradicardia, se- gunda observação.</p> <p><i>23:30</i> Paciente apresentando ventricular de hipertensão (PA 110/60 mmHg) bradicardia e hipertensão (38,2°C) apresentando bradicardia, se- gunda observação.</p> <p><i>24:00</i> Paciente apresentando leve colapso de hipertensão (g. EV 191)</p>									
<p><b>ASSINATURA</b></p> <p><i>Romney Lucena Silva</i> Enfermeiro COREN-PA 233.975</p> <p><i>Romney Lucena Silva</i> Enfermeiro COREN-PA 233.975</p> <p><i>Romney Lucena Silva</i> Enfermeiro COREN-PA 233.975</p>									

EM - 07/11/2018 11:09:36

REL - GINT014

Data / Hora - 07/11/2018 11:13:37

Prescrição Médica

286. 637

Prontuário

006.566

Prescrição

Intergia :

Prontuário

286. 637

Nome : JOSE ORIVALDO DA SILVA

Leito : ENFERMARIA 4-1

Nasc : 21/04/1987

Idade - 31a 7m

Convênio: SESAB

CONTÉUDO

28 MAIO 2019

REPOUSO

RELATIVO

ETA

LIVRE

DISSOLUÇÃO

SOL FISIOLÓGICA 0,9%, Volume-500 ML, Equipamento MACRO GOTAS, Intervalo-7 GOTAS/MIN

18

CONTROLE

EDIFICAÇÃO

TENOXICAM 40 MG AMP, Qidade-1, Diluente-AGUA DESTILADA - 10 ML, Posologia-1X/ DIA, Via de Administração-IV, Motivo-S/N

CEFALOTINA 1G, Qidade-1, Diluente-AGUA DESTILADA - 10 ML, Posologia-6/6H, Via de Administração-IV

DIPIRONA 500 MG 12ML, Qidade-1, Diluente-AGUA DESTILADA - 10 ML, Posologia-6/6 H, Via de Administração-IV

TRAMADOL DE 100MG INJETAVEL 2 ML, Qidade-1, Diluente-SOL FISIOLÓGICA 0,9% 500ML, Posologia-8/8 H, Via de Administração-IV, Suspensão-S/N

XAMES SOLICITADOS

RX CONTROLE

BSERVAÇÃO

Peso

Altura :

ICM :

VET Estimac

VET Ofertado

PTN Estimado

PTN Ofertado

VET SNO

PTN SNO

Digitador - SIMONE DA SILVA CARNEIRO GALVAO

ROBERTO BASTOS DE ALENCAR FILHO

CRM 14.424


Aprazamento -

Simone Galvão 92388

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM									
HORÁRIO	NOME: <u>Isare Arnaldo da Silva</u>			APARTAMENTO	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	IDADE	REGISTRO	DATA
	CLÍNICA	ENFERMEIRA	4						
07:20	<p>Presente em pós-operatório de b.e. Tórax C, resto do chamo de presença, evoluindo em repouso no leito com o. Consegue de a mentado. Verbalizando, empunha, orionotico, ajetil, pela e meusos comados, tona, sintoma com legn gochoo respira- tório, albedone glabro indolente e pergozes, churae ouve te at a moneta regue ou ambedos da enfermagem.</p> <p>08:00 Sendo medicado com long de dipirone + anal adol e pa</p> <p>09:05 Evoluente apresenta diurese expontanea</p> <p>05:00 Evoluente regeriu parte algia e f.e, sendo medicado com long de tramal 100mg + soanl 500mg EV. Ep. medica</p> <p>12:00 Sendo medicado com long de dipirone + anal adol e pa</p> <p>14:00 Sendo medicado com long de dipirone + anal adol e pa</p> <p>18:00 Sendo medicado com long de dipirone + anal adol e pa</p> <p>19:05 Paciente no leito pos-op. Fornecer e dar repouso. Verbaliza- tório, orientado, desatento, verbaliza, normoalimentado, abel. plauo e inceder a gabarito, no momento sem queixas, a- que um o-bunwado.</p> <p>20:00 Evoluente medicado com anal adol e pa</p>								
10:00	120/80	70	36.9C	28 MAR 2019	EVACUAÇÃO	S.N.G.	DIA DRENO	VÔMITO	HGT
16:30	120/70	68	36.7C						
19:05	120 x 50	70	36.6						





	<b>SOLICITAÇÃO DE TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES</b>		STH
			Rev.1

Hospital	307E		Data	14/11/18	Hora	20:30
Paciente (legível)	JOSE CARLOS DA SILVA		<input type="checkbox"/> Convênio <u>especifique:</u> <input checked="" type="checkbox"/> SUS			
Unidade / Enfermaria	4	Leito	1	Prontuário	286 637	
				Cartão SUS	162128+10 600006	

Endereço de residência do paciente			Nº	Bairro
NADIAO - RUA B			100	MOGADA NOVA
CEP	Estado de origem	Município de origem	IBGE (município)	Código de Etnia (pacientes indígenas)
	PE	MOGADA NOVA		

Nascimento	21-04-87	Sexo	M	Raça		Ht	1,60	Peso	60,5	Plaq		TPI	1-10	TPA	SC
Diagnóstico		F. FULMINE													
Indicação transfusional		NECROSIA													
Antecedente transfusional?		<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim		Antecedentes obstétricos?		<input checked="" type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim		Reação transfusional prévia?							
								<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim especifique:							

Fenotipagem (Incluir apenas antígenos negativos conforme prontuário)			
Produto	Nº unidades ou volume (mL)	Processo de modificação a ser realizado no hemocomponente	
<input checked="" type="checkbox"/> CONCENTRADO DE HEMÁCIAS	02	<input type="checkbox"/> aliquotagem <input type="checkbox"/> filtração <input type="checkbox"/> irradiação <input type="checkbox"/> lavagem	
<input type="checkbox"/> PLASMA FRESCO		<input type="checkbox"/> aliquotagem	
<input type="checkbox"/> CONCENTRADO DE PLAQUETAS		<input type="checkbox"/> aliquotagem <input type="checkbox"/> filtração <input type="checkbox"/> irradiação	
<input type="checkbox"/> CRIOPRECIPITADO			

Modalidade de transfusão:	<input type="checkbox"/> Programada	<input type="checkbox"/> Rotina (em até 24h)	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência (em até 3h)	<input type="checkbox"/> Emergência (retardo da transfusão acarreta risco à vida)
Observações:				
Produto	Produto	Produto	Produto	
Data/Hora	Data/Hora	Data/Hora	Data/Hora	
Nome do médico solicitante (legível) + CREMEB + assinatura OU carimbo (legível) + assinatura			Responsável pela coleta (assinatura legível)	

<b>TERMO DE AUTORIZAÇÃO TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES HETEROGRUPO</b>	
Autorizo transfusão de hemocomponentes heterogrupe compatível para o(a) paciente acima identificado.	
Nome do médico solicitante (legível) + CREMEB + assinatura OU carimbo (legível) + assinatura	

<b>TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA TRANSFUSÃO DE EMERGÊNCIA</b>	
Autorizo ao serviço de hemoterapia o fornecimento de concentrado de hemácias (CH) em caráter de emergência para o(a) paciente acima identificado antes da conclusão dos testes pré-transfusionais, pois o retardo da transfusão pode acarretar risco à vida do(a) mesmo(a). Conforme legislação vigente, afirmo conhecer o risco de tal procedimento e concordo com a realização do mesmo.	
Nome do médico solicitante (legível) + CREMEB + assinatura OU carimbo (legível) + assinatura	Nota: O envio do hemocomponente não implica a interrupção dos testes pré-transfusionais que devem continuar a ser realizados.

DEPARTAMENTO DPVA

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELA UNIDADE REQUISITANTE (letra legível)

Hospital	78 MAIO 2019		Data		Hora	
Paciente (legível)			Unidade/Enfermaria			
Produto	Grupos	Nº unidades ou volume (mL)	Processo de modificação a ser realizado no hemocomponente			
<input type="checkbox"/> CONCENTRADO DE HEMÁCIAS			<input type="checkbox"/> aliquotagem <input type="checkbox"/> filtração <input type="checkbox"/> irradiação <input type="checkbox"/> lavagem			
<input type="checkbox"/> PLASMA FRESCO			<input type="checkbox"/> aliquotagem			
<input type="checkbox"/> CONCENTRADO DE PLAQUETAS			<input type="checkbox"/> aliquotagem <input type="checkbox"/> filtração <input type="checkbox"/> irradiação			
<input type="checkbox"/> CRIOPRECIPITADO						

Responsável pelo recebimento	[Assinatura]		Data	26 MAIO	Hora	21:40
------------------------------	--------------	--	------	---------	------	-------



mar. / Leito

17:00

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
1. Padrão Alimentar Nível: ( ) Aumentado ( ) Diminuído	( ) Solicitar avaliação nutricional ( ) Registrar aceitação alimentar diária ( ) Outros	<i>observar</i>
2. Padrão de eliminação urinária ( ) Nível: ( ) Aumentado ( ) Diminuído	( ) Registrar existência de distúrbios de eliminação urinária-disúria ( ) hexígona ( ) incontinência ( ) ( ) Medir volume de diurese ____/____ h ( ) Outros ( ) Descrever as características da lesão ( ) Realizar curativo Local: _____ Tipo _____	
3. Integridade tissular prejudicada ( ) Local: _____	( ) Realizar mudança de decúbito de ____/____ h ( ) Observar condições da pele após o uso do PVPI ( ) Manter pele limpa e seca ( ) Lavar pele e manter lubrificada após uso do PVPI ou se estiver ressecada ( ) Outros	
4. Dor ( / ) Aguda ( ) Crônica ( ) Local: _____	( ) Registrar alterações do tônus muscular ( / ) Registrar intensidade da dor ( ) Observar fatores que agravam e aliviam a dor através da expressão facial ( ) Auxiliar no posicionamento do corpo / membro ( ) proporcionar ambiente calmo e repousante ( ) Outros	<i>observar</i>
5. Sangramento ( ) Local: _____ ( ) Leve ( ) Moderado ( ) Severo	( ) Aferir pressão arterial ( ) Manter decúbito _____ ( ) Realizar crioterapia ( ) Realizar curativo compressivo ( ) Outros	
6. Choque hipovolêmico ( )	( ) Aferir sinais vitais a cada ____/____ h ( ) Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O ( ) Registrar aspecto e débito do líquido drenado em cateteres e sonda ( ) Outros	
7. Desidratação ( )	( ) Registrar balanço hídrico a cada ____/____ h ( ) Avaliar e registrar umidade de mucosa ( ) Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária ( ) Registrar turgor e elasticidade da pele	

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
08. Êmese ( ) Náusea ( )	( ) Registrar aspecto e frequência ( ) Manter decúbito lateral ou horizontal com a cabeça lateralizada ( ) Verificar posicionamento da SNG / SNE ( ) Outros	
09. Temperatura Corporal Nível: ( ) Aumentado ( ) Aumentado	( ) Aferir temperatura de / h / comunicar se estiver abaixo de 35° C ou acima de 37° C ( ) Em caso de hipotermia aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica ( ) Em caso de hipertermia retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente ( ) Outros	
10. Imobilidade no leito prejudicada ( )	( ) pinçar dreno ao transportar paciente ( ) Avalizar mobilização do dreno (tracionado) ( ) Avalizar mobilização do dreno (tracionado) ( ) Manter repouso no leito em posição: ( ) Outros	
11. Edema ( ) Local: _____	( ) Realizar balanço hídrico a cada / h ( ) Registrar presença de inflamação/infeção ( ) Outros	
12. Risco para glicemia Nível: ( ) Aumentado ( ) Diminuído	( ) Aferir e registrar HGT de / h ( ) Outros	
13. Risco para infecção ( )	( ) Aferir sinais vitais ( ) Registrar presença de sinais flogísticos local: ( ) Examinar F.O e registrar alterações ( ) Promover isolamento de contato - SN ( ) Trocar fixação da SVD de / h- SN ( ) Limpar a área de inserção dos acessos venosos com álcool a 70% e ocluir com micropore ( ) Limpar a área de inserção do dreno com clorexidina e retirar com SFO.9% e ocluir com gaze e micropore. ( ) Outros	<i>motina</i>
14. Padrão de Eliminação Intestinal Nível: ( ) Aumentado ( ) Diminuído	( ) Orientar e estimular ingestão hídrica ( ) Estimular exercícios físicos respeitando limitações ( ) Registrar frequência e características de eliminação intestinal ( ) Registrar ausência de eliminações intestinais ( ) Outros	<i>registra</i>
Juliane Tolentino Haiddad Bussalari Enfermeira COREN-BA 189514-ENF	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>28 MAIO 2019</b>            Av. ...            Graças - Recife         </div>	

F.O - Ferida Operatória FC - Frequência Cardíaca FR - Frequência Respiratória SNG - Sonda Nasogástrica SN - Se necessário  
 SNE - Sonda Nasoentral SVD - Sonda vesical de demora HGT - Hemoglicoteste PVPI - Polivinil Pirrolidona  
 ASSINATURA E CARIMBO ENFERMEIRO / DIURNO E NOTURNO ASSINATURA E CARIMBO TÉCNICO DE ENFERMAGEM / DIURNO E NOTURNO



## RESUMO DE ALTA HOSPITALAR

PACIENTE : 286.637 - JOSE ORIVALDO DA SILVA  
Nº : 1.010.898

DATA ADMISSÃO : 01/11/2018

DATA ALTA: 08.11.18

### Hipótese Diagnóstica

FRATURA DE FEMUR SUBTROCANTERICA COMINUTIVA

MEMBRO: ( ) DIREITO ( X ) ESQUERDO

TIPO DE FRATURA: ( ) ABERTA ( X ) FECHADA

CID

S72.2

### Tratamento/Evolução

PACIENTE SUBMETIDO A CIRURGIA DE FRATURA DE FEMUR COM FIXAÇÃO

### Orientações

CURATIVO DE DOIS EM DOIS DIAS

RETIRAR PONTOS COM 15 DIAS

### Encaminhamento

REVISÃO APÓS 30 DIAS, SEGUNDA-FEIRA PELA MANHÃ 8 MAIO 2019  
10/12/2018

### Tempo de afastamento previsto

180 DIAS

Dr ROBERTO BASTOS DE ALENCAR FILHO  
CRM 14.424-BA



RELATÓRIO DE OCORRÊNCIAS

Código: 2229419 Abertura: 31/10/2018 12:02

Paciente: JOSE ORIVALDO DA SILVA - Idade: 31a. - Sexo: Masculino

Central. Reg.: CENTRAL DE REGULACAO INTERESTADUAL DE LEITO Unid. Origem: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PETROLINA - PE

Município: Petrolina

Localidade:

Motivo da Solicitação: Internação Ortopédica - Geral

Complemento da Solicitação: SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO PARA A SOTE (Saulo Bezerra Xavier - 31/10/2018 12:02:52)  
REGULO A SOTE. (Lucas Lopes Libório - Nº Cons.: 28108 - CRIL - 31/10/2018 12:12:58)

Resumo Clínico: =====> RELATÓRIO MÉDICO

- HISTÓRICO DA ADMISSÃO: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO FRATURA SUBTROCANTÉRICA DE FÊMUR DO MIE

- EVOLUÇÃO: EVOLUI COM QUADRO CLÍNICO ESTÁVEL, AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

- DADOS VITAIS:

FC:99

FR:17

PAS:110

PAD:80

TEMPERATURA:36,5

- MAIS INFORMAÇÕES:

SAT O2:99

SUP. VENT.:Ar Ambiente

GLASGOW:15

- MEDICAMENTOS EM USO:

Sem DROGAS VASOATIVAS

Sem SEDATIVOS

Sem ANTIBIÓTICOS

Sem OUTROS MEDICAMENTOS

- RESULTADO/LAUDO DE OUTROS EXAMES:

ECG: Sem Exame

Ecocardi: Sem Exame

RX: FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO

USG: Sem Exame

TC: Sem Exame

RNM: Sem Exame

Sem Outros Exames

QUADRO INFECCIOSO: Sem Infecção

TRANSPORTE: Ambulância Básica

MÉDICO RESPONSÁVEL: HUMBERTO ARTUR SILVA SANTOS - Nº Cons.:

19979 / CREMEPE

Informado por Saulo Bezerra Xavier - HU em 31/10/2018 12:02:52

hipótese do Diagnóstico (CID)

72.2 FRATURA SUBTROCANTERIANA DE FEMUR

Encaminhamento

31/10/2018 12:13

OTE - JUAZEIRO - BA

Prof. Reg.: LUCAS LOPES LIBÓRIO

Resolutividade: Atendido

Paciente Não Acomodado

Mot. Solicit.: Internação Ortopédica - Geral

Ambulância:

REC 286632



FÓRTO DE OCORRÊNCIAS

Id: 2223807 Abertura: 24/10/2018 19:07

Nome: JOSE ORIVALDO DA SILVA - Idade: 31a. - Sexo Masculino

Unid. Reg.: CENTRAL DE REGULACAO INTERESTADUAL DE LEITO Unid. Origem: HOSP MUN JOSE HENRIQUE DE LIMA - LAGOA GRANDE - PE

Município: Lagoa Grande

Localidade:

Tipo de Solicitação: Internação Ortopédica - Fratura de Fêmur

Objeto da Solicitação: AUTORIZO TRANSFERÊNCIA PARA HU/UNIVASF COM RETENÇÃO DE MACA.  
VAGA ZERO. (Maria Isabella Costa Calou e Sá - Nº Cons.: 30746 - CRIL - 24/10/2018 19:17:20)

Relatório Clínico: =====> RELATÓRIO MÉDICO

- HISTÓRICO DA ADMISSÃO: paciente, vítima de acidente motociclístico (colisão; carroX moto) sem uso de capacete deu entrada na unidade com várias escoriações em região de face. glasgow 15, sudoreico, e reforindo dor intensa em MIE( perna esquerda)

- EVOLUÇÃO: paciente evolui com perna esquerda com deformidade e edema acentuados( dor intensa á palpação ).hipotenso e sudoreico, pele fria e pegajosa.

ACV, AR e ABD sem alterações. paciente com dificuldade intensa de mobilização. deformidade e edema acentuado e formação de hematoma local. em região de coxa.

Fratura de femur E ?

Hipotensão A/E?

feito infusão de volume, analgesia e imobilização.

não dispomos de radiografia. e outros exames.

paciente com hipotensão sem correção apesar de infusão de volume.

- DADOS VITAIS:

FC:150

FR:20

PAS:90

PAD:50

TEMPERATURA:37,2

- MAIS INFORMAÇÕES:

SAT O2:99

SUP. VENT.:Ar Ambiente

GLASGOW:15

- MEDICAMENTOS EM USO:

Sem DROGAS VASOATIVAS

Sem SEDATIVOS

Sem ANTIBIÓTICOS

OUTROS MEDICAMENTOS: analgesia potente e infusão de volume.

- RESULTADO/LAUDO DE OUTROS EXAMES:

ECG: Sem Exame

Ecocardi: Sem Exame

RX: Sem Exame

USG: Sem Exame

TC: Sem Exame

RNM: Sem Exame

Sem Outros Exames

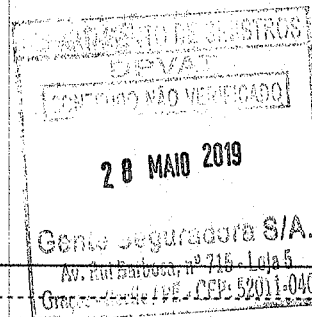
QUADRO INFECCIOSO: Sem Infecção

MÉDICO RESPONSÁVEL: ADENILSA DIAS DE SOUSA - Nº Cons.: 24909 /

CREMEPE

Informado por Flávia Gabrielle Ferreira da Conceicao - HMJHL em

24/10/2018 19:07:27



Diagnóstico (CID)

FRATURA DO FEMUR, PARTE NÃO ESPECIFICADA

Atendimento

2018 19:17

Mot. Solicit.: Internação Ortopédica - Fratura de Fêmur

Local: HOSP UNIVERSITARIO DE PETROLINA - PE

Responsável: MARIA ISABELLA COSTA CALOU E SÁ

Ambulância:

Situação: Atendido

Observações: Não Acomodado

Governo do Estado da Bahia  
Governo do Estado de Pernambuco  
Complexo Regulador Interestadual de Leitos

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIAS - HISTÓRICO

Código: 2131385      Abertura: 31/10/2018 12:02      Fechamento: 31/10/2018 12:13      Código Inicial: 2229419

Paciente: JOSE ORIVALDO DA SILVA - Idade: 31a. - Sexo Masculino

Central. Reg.: CENTRAL DE REGULACAO INTERESTADUAL DE LEITO      Unid. Origem: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PETROLINA - PE

Município: Petrolina      Localidade:

Motivo da Solicitação: Internação Ortopédica - Geral

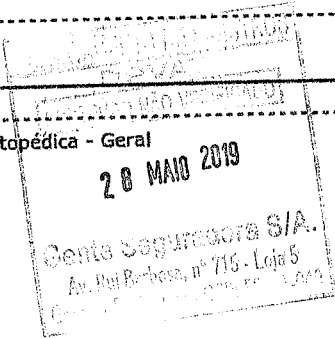
Complemento da Solicitação: SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO PARA A SOTE (Saulo Bezerra Xavier - 31/10/2018 12:02:52)  
REGULO A SOTE. (Lucas Lopes Liborio - Nº Cons.: 28108 - CRIL - 31/10/2018 12:12:58)

**Resumo Clínico:** =====> RELATÓRIO MÉDICO  
- HISTÓRICO DA ADMISSÃO: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO FRATURA SUBTROCANTERICA DE FÊMUR DO MIE  
- EVOLUÇÃO: EVOLUI COM QUADRO CLÍNICO ESTÁVEL, AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA  
- DADOS VITAIS:  
FC:99  
FR:17  
PAS:110  
PAD:80  
TEMPERATURA:36,5  
- MAIS INFORMAÇÕES:  
SAT O2:99  
SUP. VENT.:Ar Ambiente  
GLASGOW:15  
- MEDICAMENTOS EM USO:  
Sem DROGAS VASOATIVAS  
Sem SEDATIVOS  
Sem ANTIBIÓTICOS  
Sem OUTROS MEDICAMENTOS  
  
- RESULTADO/LAUDO DE OUTROS EXAMES:  
ECG: Sem Exame  
Ecocardiio: Sem Exame  
RX: FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO  
USG: Sem Exame  
TC: Sem Exame  
RNM: Sem Exame  
Sem Outros Exames  
QUADRO INFECCIOSO: Sem Infecção  
TRANSPORTE: Ambulância Básica  
MÉDICO RESPONSÁVEL: HUMBERTO ARTUR SILVA SANTOS - Nº Cons.: 19979 / CREMEPE  
Informado por Saulo Bezerra Xavier - HU em 31/10/2018 12:02:52

**Hipótese do Diagnóstico (CID)**  
S72.2      FRATURA SUBTROCANTERIANA DE FEMUR

**Encaminhamento**  
31/10/2018 12:13      Mot. Solicit.: Internação Ortopédica - Geral  
SOTE - JUAZEIRO - BA      Ambulância:  
Prof. Reg.: LUCAS LOPES LIBÓRIO  
Resolutividade: Atendido  
Paciente Não Acomodado  
Informações Adicionais: Incluído por Saulo Bezerra Xavier - 31/10/2018 12:02:53

Resolutividade alterada para Internação Ortopédica - Geral - Tipo Urgência /  
Emergência (Lucas Lopes Liborio - Nº Cons.: 28108 - 31/10/2018 12:13:41)



FOLHA DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

PACIENTE

Paciente : 286.637 - JOSE ORIVALDO DA SILVA  
DT Nasc : 21/04/1987 Idade : 31a 6m 10d Sexo : M Profissão :  
Est Civil : SOLTEIRO RG : 7650558  
Pai : FRANCISCO PINHEIRO DA SILVA NETO  
Mãe : MARIA DE LOURDES PINHEIRO DA SILVA  
Endereço : RUA B, CASA MORADA NOVA LAGOA GRANDE-PE  
Telefone : (74) CEP : 56.395-000

INTERNAMENTO

Convenio : SESAB Usuário : DANIEL GENOVEZ  
Médico Responsável : ROBERTO BASTOS DE ALENCAR FILHO CRM : 14.424-BA  
Pessoa Responsável : MARIA DE LOURDES PINHEIRO DA SILVA RG :  
Dependência : ENFERMARIA 4-1 Entrada : 01/11/2018 02:37:06  
Dias Autorizados : 03 Alta :  
Observação : ACIDENTE DE MOTO  
Proc Principal : 03 CORRECAO CIRURGICA DE FRATURA FECHADA DE MEMBROS  
Matrícula : 162128710600006 CNS : 162128710600006

Observação :

EXAMES CLÍNICOS

ACIDENTE DE MOTO HAA 8 DIA

R. do FEMUR E

FRATURA SUBTIL DO FEMUR (E)

ANOMIA + CURE

UNO de SIAVME

R. do FEMUR E CURE

Ass. Residente :

Diagnóstico Provisório :

Fratura do FEMUR (E)

Diagnóstico Definitivo :

Alta Hospitalar em :

08/11/2018

28 MAIO 2019  
SIA.  
5

Ass. Médico Assintente

JOHN WILDO DA SILVA

214969 1

24-out-2018

Acq: 22:51:31

Se -

Im: 1

Lat / Pos: U / AP

E

Zoom: 1,00x

M: 256 L: 128 (Auto)

CR 30-XM

CR30-Xm

HU UNIVASF

DFOV: 34,8 x 42,5 cm







Prefeitura  
**Lagoa Grande**  
Desenvolvimento e Cidadania



**SESAU**  
Secretaria Municipal de Saúde  
Lagoa Grande - PE



**SUS**  
Sistema Único de Saúde

## RECEITUÁRIO

DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
DPVAT  
CONTROLE DE MEDICAMENTOS  
28 MAIO 2019

UNIDADE DE SAÚDE:

NOME:

Paulo Medeiros

Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Lagoa  
Grande - PE - CEP: 55011-000  
REGISTO Nº

Jose euclides da Silva, 32 anos,  
operário na empresa Manaus no  
Mecânico superior exposto ao concreto  
e acidente motorcyclístico  
ocorrido no dia de 25.10.18  
onde sofreu fratura 1/3 proximal  
do fêmur esquerdo necessitando  
a fixação intras com parafuso  
e placas. Atualmente de debilidade  
permanente, o reencanto de  
alta definitiva.

DATA:

15/5/19

Dr. Meunio R. Santos  
Ortopedista  
CREMEP 24506

ASSINATURA E CARIMBO

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Registro Nº \_\_\_\_\_

José Orlando da Silva,  
apresenta-se em atendimento  
do FURUS de Farm. expens  
necessários de 90 (noventa)  
dias de atendimento do  
Tratamento à partir de  
08.11.18.

RECIBO Nº  
28 MAIO 2019  
Conte o pagamento de  
Av. Rui Barbosa, nº 714, 1º andar  
Gravata - Recife / PE - 51.020-000

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

11.11.18

Assinatura e Carimbo

WALDO DA SILVA

214969 1

24-out-2018

Acq: 22:51:31

Se -

Im: 1

Lat / Pos: U / AP

E

Zoom: 1,00x

W: 256 L: 128 (Auto)

CR 30-XM

CR30-Xm

HU UNIVASF

DFOV: 34,8 x 42,5 cm







# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190348622

**Cidade:** Lagoa Grande

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOSE ORIVALDO DA SILVA

**Data do acidente:** 24/10/2018

**Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA.  
DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura fechada do fêmur esquerdo

**Descrição do exame** Vítima deambulando com auxílio de muletas

**físico:** Moderada atrofia do quadríceps  
Boa ADM, com dor moderada à flexão final do quadril esquerdo

**Resultados terapêuticos:** Redução cirúrgica com fixação interna com placa e parafusos  
Alta em 08/11/2018

**Sequelas permanentes:** Deficit funcional moderado(50%)em quadril esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 14/06/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em quadril esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

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

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

22.512.310-05 DATA DE EMISSÃO 02-06-2017

ALYSSON SANTOS LOPES

LAÉCIO LOPES DA SILVA

GILÇA MARIA DOS SANTOS LOPES

PETROLINA PE

CAS. CM PETROLINA PE DS  
SEDE LV 071 FL 263 RT 033514  
036.003.594-95

DATA DE NASCIMENTO 09-07-1979

Assinatura: *A. A. R.*

LE Nº 7.116 DE 20/08/83

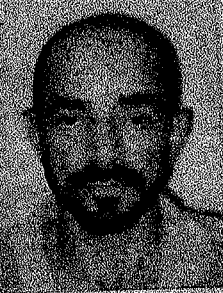
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL


ESTADO DA BAHIA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO

MAC PLASTIFICAR





Assinatura: *Alysson Santos Lopes*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

28 MAIO 2019

Gente Seguradora S/A.

Pu. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5

Crato - Ceará / PE - CEP: 55.11-000