

**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. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] 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 (*).

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

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “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 ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal

Quadril esquerdo

% 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

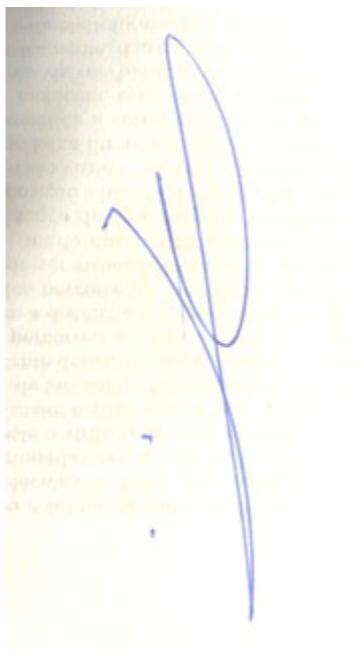
Região Corporal

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

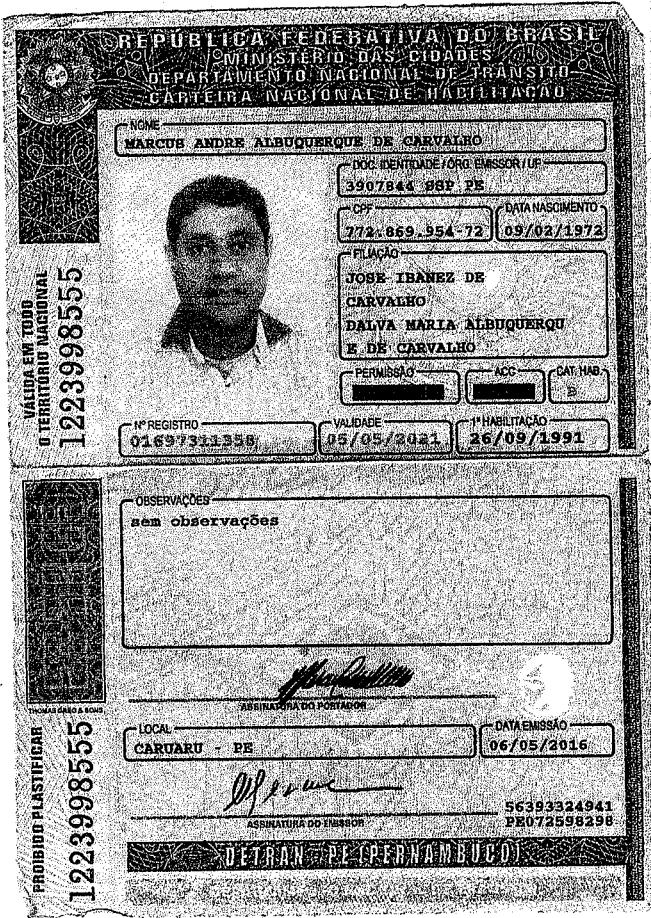
Região Corporal

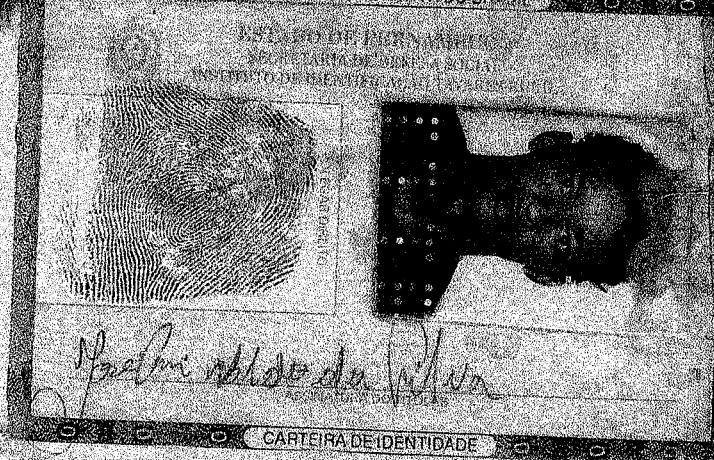
% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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





7.650.558 02/10/2009

<< JOSE ORIVALDO DA SILVA >>
<< FRANCISCO PINHEIRO DA SILVA NETO >>
<< MARIA DE LOURDES PINHEIRO DA SILVA >>

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

LUGAR DE ORIGEM: << CN 20916 LA 76 F 55 C/PT SEDE SERRA TALHADA/PE 11/09/1987 >>

062.162.024-64

POLEGAR DIREITO

Assinatura do Policial-Gestor da LIT 04 - S/AL 03

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

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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR: JOSE ORIVALDO DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 21/04/1987 NÚM. INSCRIÇÃO: 067533290892

MONICHO DE ELEIÇÃO: LAGOA GRANDE/PE

JUÍZ ELEITORAL: 19/09/2003

Presidente da REP. FED. - Presidente da REP. FED. - Presidente da REP. FED.

Assinatura ou impressão digital do eleitor

VALIDO SOMENTE COM MARCA DE ÁQUA - JUSTIÇA ELEITORAL

POLEGAR DIREITO

18 MAIO 2019
SAC 012 S/A
Barreira nº 715 - Lote 5
Recife/PE - CEP: 52011-000

MINISTÉRIO DA DEFESA

CERTIFICADO DE DISPENSA
DE INCORPORAÇÃO
21º CSM

RA 210014744743

JOSE ORIVALDO DA SILVA

EM CASO DE CONVOCAÇÃO DEVE APRESENTAR-SE IMEDIATAMENTE

FILIAÇÃO: FRANCISCO PINHEIRO DA SILVA NETO
PAI: MARIA DE LOURDES PINHEIRO DA SILVA
MÃE: DATA NASC.: NATURALIDADE:
21/04/1987 SERRA TALHADA - PE

Dispensado do Serviço Militar Inicial em
por: (Assinatura)

Com/Gh ou Dir: (Assinatura)

Assinatura: (Assinatura)

Assinatura: (Assinatura)

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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, ALLYSSON 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

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA P BLO MESTR

, 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

JOSÉ OMVALDO DA SILVA

cujo o condutor era

JOSÉ OMVALDO DA SILVA

Veículo: Motocicleta Modelo: HONDA DIAV 150 Ano: 2014/2014

Placa: ODV 1155 Chassi: 9C2TC1650ERO 23615

Data do Acidente: 24/10/2018

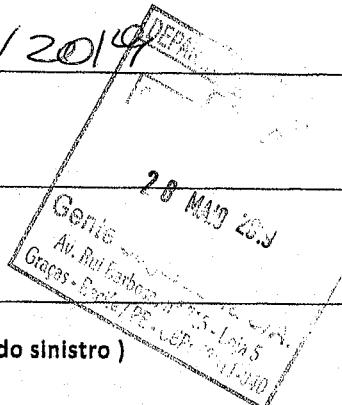
RECONHECO

Local e Data:

LAGOA GRANDE, 07/10/2019

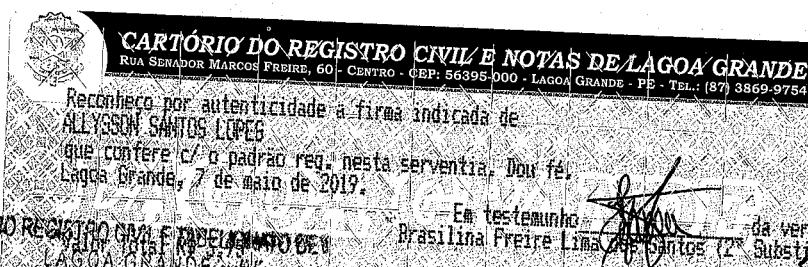
Allysson Santos Lopes

Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor

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



Reconheço por autenticidade a firma assinada de

ALLYSSON SANTOS LOPES

que confere c/ o padrão req. nesta serventia, Dto. fcf
Lagoa Grande, 7 de maio de 2019.

CARTÓRIO REGISTRO CIVIL E NOTAS DE LAGOA GRANDE

CNPJ 04.055.890/0001-74

Em testemunho

Brasilina Freire Lima

2º Substituta

da vert

Brasilina Freire Lima

2º Substituta



CPF: 025 209 914-10 NIS: 16386888384

CLASSIFICAÇÃO

II RESIDENCIAL
AIXA RENDA COM NIS

DATA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
5/04/2019	UNICA	15/04/2019
RESENTEADO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
5/04/2019	2002876407	1856549

ATENÇÃO

A vida útil dos dados impressos neste
comprovante depende da
cuidados, arquive-o em local seguro.

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA,
RUA 5 100

LOTTO MORADA NOVA/LAGOA GRANDE
LAGOA GRANDE PE
56395-000

DATA DA LEITURA	MESMO
23/04/2019	04/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	15/05/2019
	37,48

DESCRIÇÃO - VOTA FISCAL

DATA	VALOR (R\$)
30.0000000	5,72
66.0000000	22,23
	8,60
	0,65
	0,00

Consumo Ativo ate 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 ate 100 kWh
Contrib ilum. Pública Municipal
Multa por atraso-NF 054367196 - 18/03/19
Juros por atraso-NF 054367196 - 18/03/19
Avaliação da Vota Fiscal

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 MAI 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Mudou-se

Recusado

Falecido

Reintegrado ao serviço postal em _____

Desconhecido

Ausente

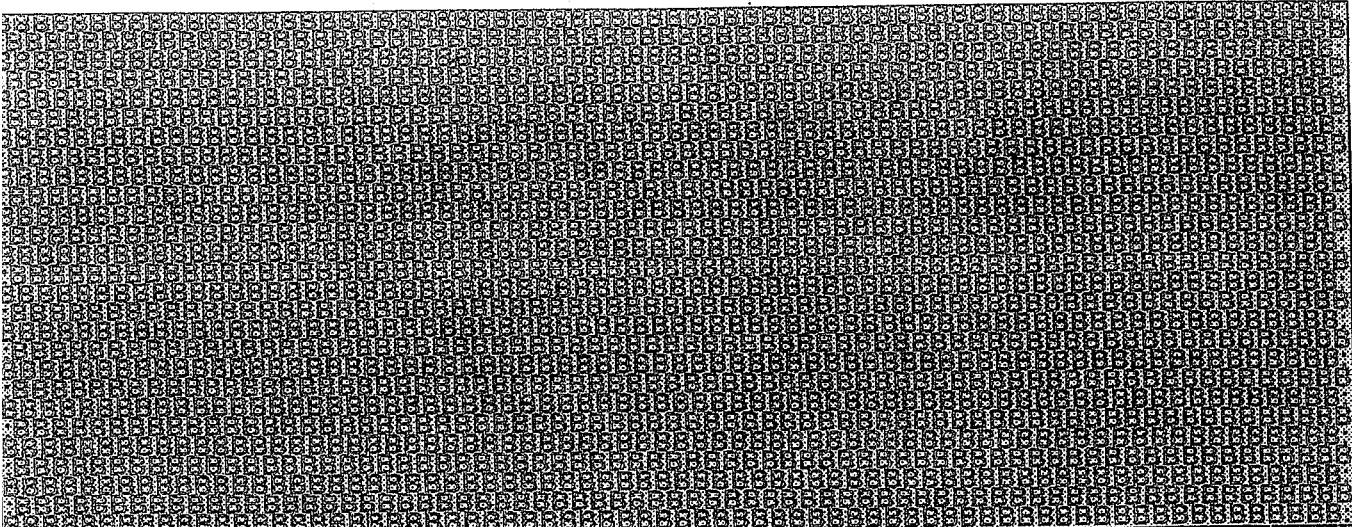
Endereço

Informação do porteiro / síndico

Não existe o número indicado

Não procurado

Responsável



 BANCO DO BRASIL

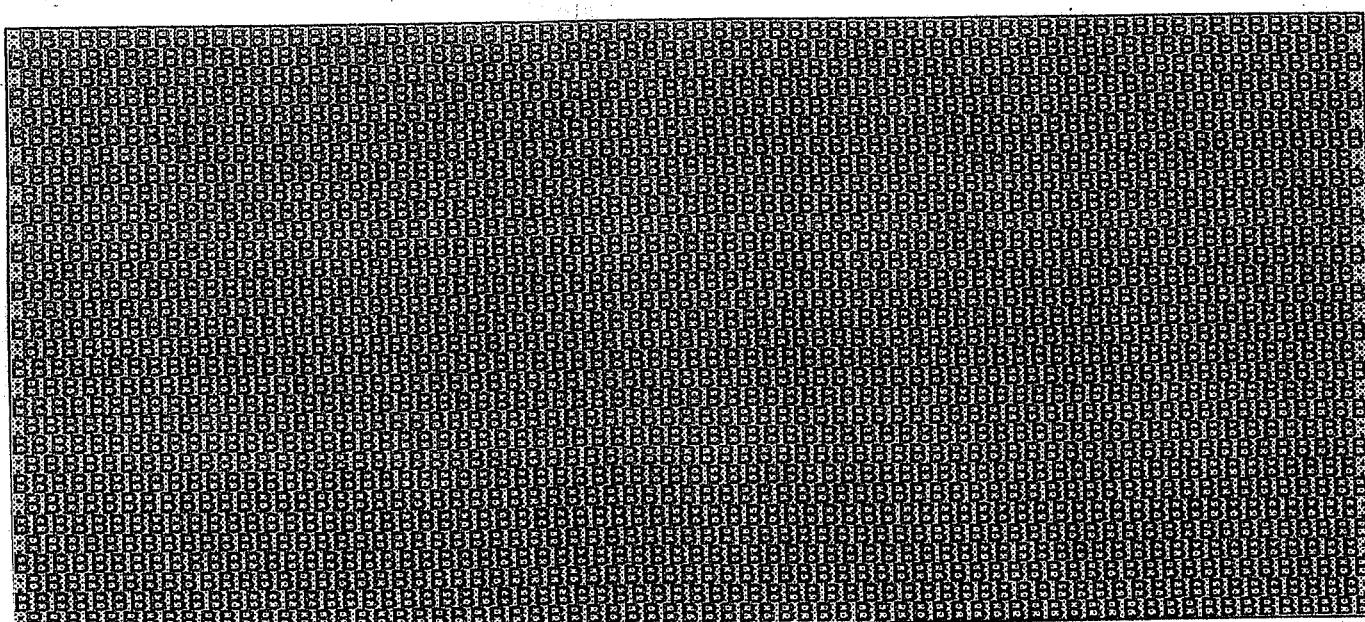
0594

106264494



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

28 MAIO 2019





Nome:	José Orivaldo da Silva				
Pai:	Francisco Pinheiro da Silva				
Mãe:	Neide Lourdes Pinheiro da Silva				
Sexo:	D.N.	Idade:	Estado Civil:		
	1.09.85	34	Estable		
Endereço:	Bela Vista, Chã Preta				
Fone:	Cidade:	Estado:	Procedência:		
RG:	CPF: 062.162.02464				
Informante:	Certidão de Nascimento:				
Parentesco: Cunhado					
Queixas do Paciente: Acidente de moto					
Atendimento:	<input type="checkbox"/> Clínico	<input type="checkbox"/> Cirúrgico	<input type="checkbox"/> Pediátrico	<input type="checkbox"/> Obstétrico	Hora:
Situação de Destino:	<input type="checkbox"/> Sala de Medicação	<input type="checkbox"/> Sala Vermelha	<input type="checkbox"/> Sala de Curativo	<input type="checkbox"/> Raio X	<input type="checkbox"/> Enfermaria

Histórico da Doença Atual:

Paciente vítima de acidente de moto. Repete que caiu e bateu na cabeça. SIC. Repete que estava sem capacete. Negou perda de consciência ou vômito. Edas gow 15. Paciente consciente, orientado, eupneico.

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

Apresentava sudorese na cintura. AR - ACV e ABD ancoento. Sot 97. Fc: 100 bpm. MAIO 2019

MOVIMENTO DE SINISTRO
DPOV
NÃO VERIFICADO
Gente Solidária S/A
Av. Rio Branco, nº 715, Lote 5
Recife/PE CEP: 52010-040

Exames Solicitados/ Realizados: Não despondo RX

Diagnóstico Provisório: Acidente de moto
Fratura de fêmur de perna e
solo RX

Identificação do Médico: Médico - CREMEPE

CRM
Número
Devidamente
Dias

Mudou-se

Recusado

Falecido

Reintegrado ao serviço postal em _____

Desconhecido

Ausente

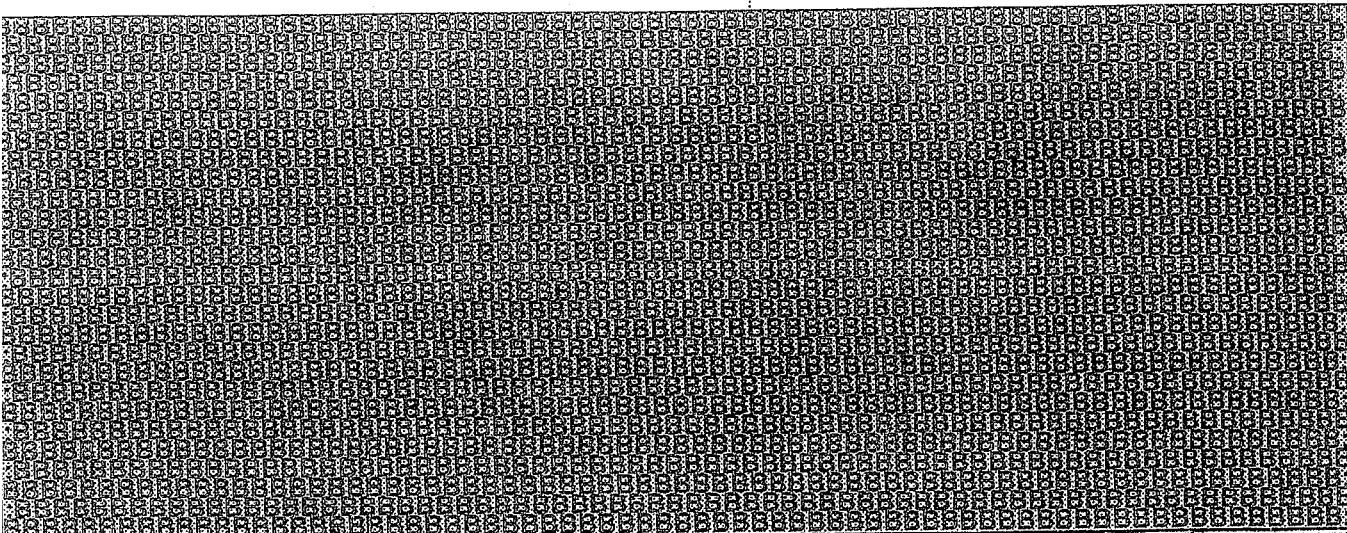
Endereço

Informação do porteiro / síndico

Não existe o número indicado

Não procurado

Responsável



 BANCO DO BRASIL

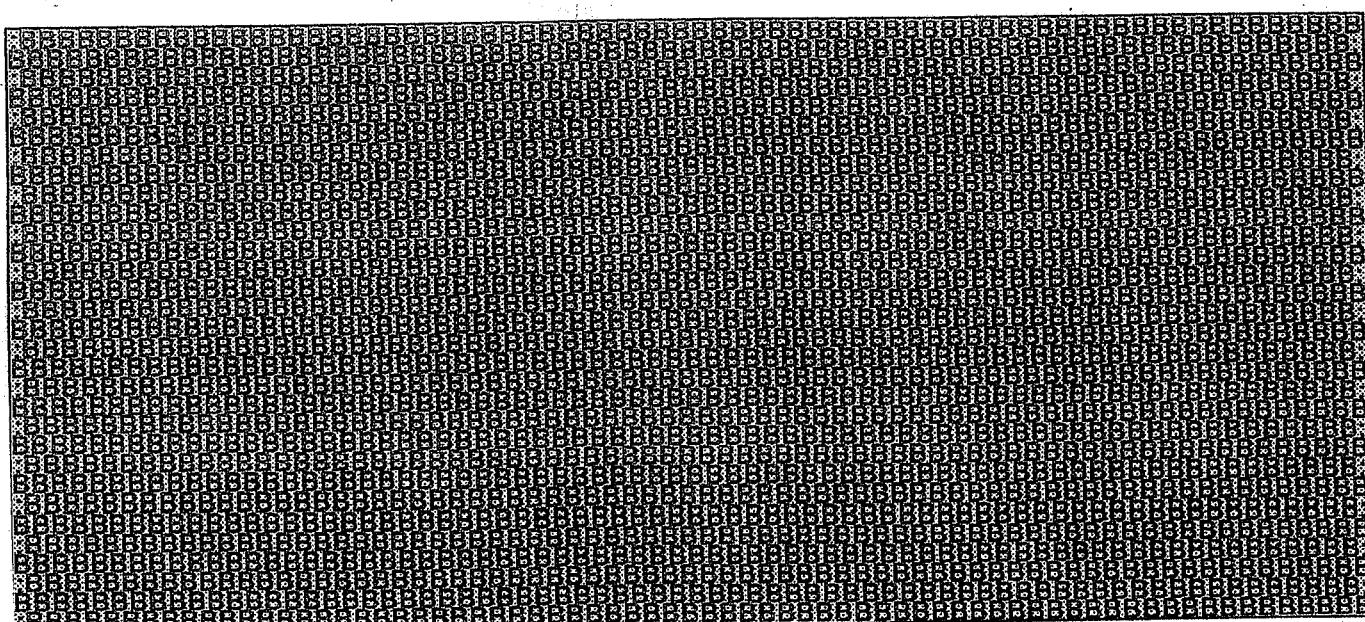
0594

106264494



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

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) - CIRCUITARISUEP N° 445/2012

Nome completo:

Profissão:

FENOTIATA

Endereço:

RUA B

CPF:

062 162 024 64

Número:

100

Complemento:

CEP:

56395-000

Tel.(DDD):

Bairro:

MORADA NOVA

Cidade:

LAGOA GRANDE

Estado:

PE

E-mail:

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

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

DADOS CADASTRAIS

AGÊNCIA: 2991

CONTA: 45438

5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 A 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 Lider 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 A 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (val nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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

1º | Nome: _____

CPF: _____

28 MAIO 2019

An. Bul. Engenheiro. 07/05/19

Graças à Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

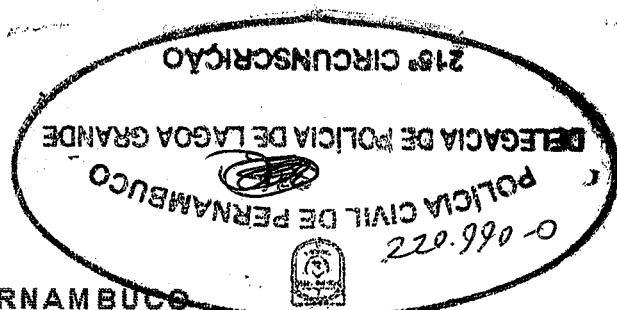
Assinatura do Representante Legal (se houver)

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 clência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

525702
0179504 /



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 215^º CIRCUNSCRIÇÃO - LAGOA GRANDE -
DP215^ºCIRC DINTER2/26^ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 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

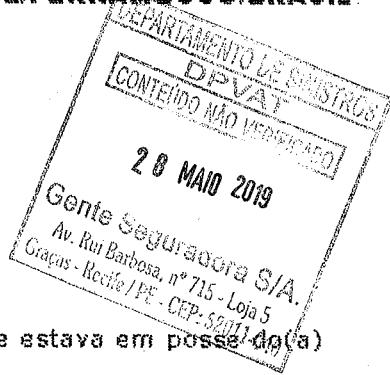
Fato ocorrido no endereço: **LOTEAMENTO BELA VISTA - LAGOA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE LAGOA GRANDE, 1 - Bairro: CENTRO - LAGOA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
ALLYSSON SANTOS LOPES (OUTRO)
JOSÉ ORIVALDO DA SILVA (VITIMA)

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**

ALLYSSON SANTOS LOPES (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **GILCA MARIA DOS SANTOS LOPES** Pai: **LAERCIO LOPES DA SILVA** Data de Nascimento: **9/7/1979** Naturalidade: **PETROLINA / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **AMASIADO(A)**

Profissão: **OPERADOR**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO 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: **9C2KC1656ER023616**
 Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **GASOLINA**

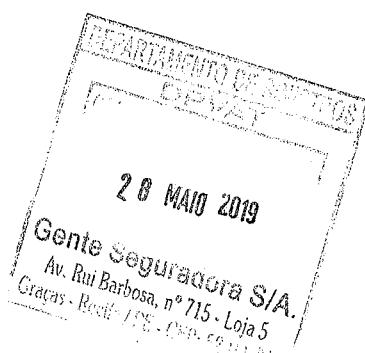
Complemento / Observação

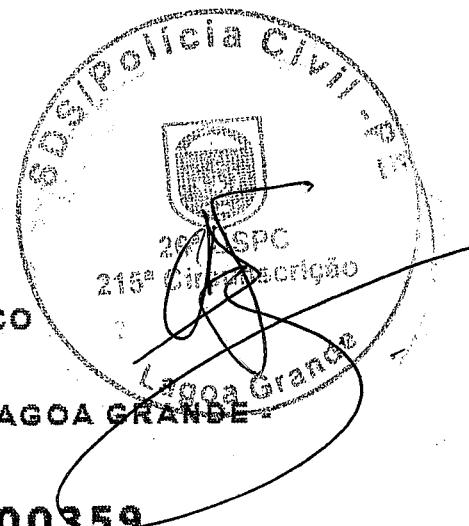
RELATA QUE TRANSITA CONDUZINDO O VEICULO, PLACA OVD1155, RENAVAM 01001522017, REGISTRADO PELO LOTEAMENTO BELA VISTA, QUANDO REPETINAMENTE FOI ATINGIDO POR UM AUTOMÓVEL SENDO QUE NÃO SABE IDENTIFICAR O VEÍCULO QUE CAUSOU O ACIDENTE, FOI SOCORRIDO POR POPULARES QUE O LEVARAM AO HOSPITAL DE LAGOA GRANDE E DE LÁ FOI PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS E URGENCIAS 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: **PAULINO BERNARDO NETO** - Matrícula: **236605-3**





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 215ª CIRCUNSCRIÇÃO - LAGOA GRANDE
DP 215ª CIRC DINTER 2/26ª DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 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**

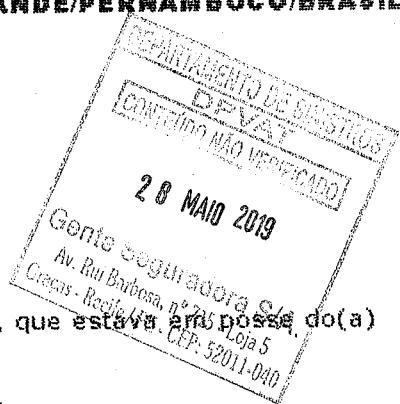
Fato ocorrido no endereço: **LOTEAMENTO BELA VISTA - LAGOA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE LAGOA GRANDE, 1 - Bairro: CENTRO - LAGOA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSE ORIVALDO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

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

Placa: **QVD1155 (BAHIA/UAZEIRO)** Chassi: **9C2KC1060ER023616**

Boletim de Ocorrência

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



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 NAO SABE IDENTIFICAR O VEICULO QUE CAUSOU O ACIDENTE, FOI SOCORRIDO POR POPULARES QUE O LEVARAM AO HOSPITAL DE LAGOA GRANDE E DE LA FOI P HOSPITAL DE TRAUMAS E URGENCIAS EM PETROLINA, A VITIMA TEVE ESCORIACOES PELO CORPO E QUEBROU O FEMO ESQUERDO.

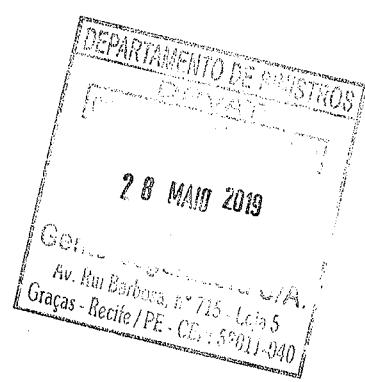
Assinatura da(s) pessoa(s) presente(n) nessa unidade policial

**JOSÉ ORIVALDO DA SILVA
(VITIMA)**

(VATIMA)

1000

PRO, registrado por: CHARLES DOUGLAS DOS S. BATISTA - Matrícula: 221262-1



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) - CIRCUITARISUEP N° 445/2012

Nome completo:

Profissão:

ENFERMISTA

Endereço:

RUA B

CPF:

062 162 024 64

Número:

100

Complemento:

CEP:

56395-000

Tel.(DDD):

Bairro:

MORADA NOVA

Cidade:

LAGOA GRANDE

Estado:

PE

E-mail:

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

RENDIMENTO:

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 OPCIÃO DE CONTA

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

Bradesco (237) Itaú (341)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Autorizo a Seguradora Lider 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 A 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 Lider 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 A 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (val nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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

1º | Nome: _____

CPF: _____

28 MAIO 2019

An. Bul. E. P. _____

Graças à Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

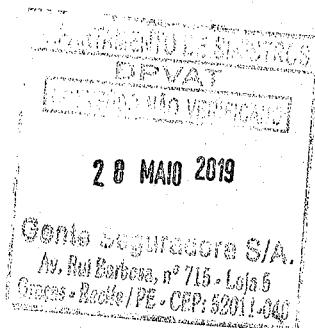
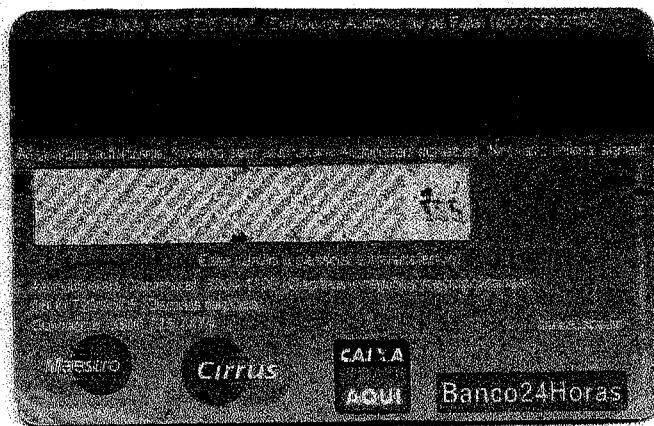
Assinatura

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 clência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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



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, 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, retorno 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, 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

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

Rio de Janeiro, 28 de 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



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

Rio de Janeiro, 28 de 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/10/2018

Titular do CPF: JOSE ORIVALDO DA SILVA

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 28/05/2019

Nome: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO
CPF: 772.869.954-72

Data do cadastramento: 28/05/2019

Nome: Isabelli Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Isabelli 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 FÉMUR 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: 7650 558 CPF: 062.162.024-64
End: RUA B N° 100, MARESIA MARESIA -
LAJEOS GRANDE - PE

Outorgado: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO
RG/CNH/CTPS: 3907844 CPF: 0772.0869.954-72
End: RUA CONSISTOL - 226 - AREIA BRASIL
PERNAMBUCO - 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 - NATALIZIO LIMA
Data do acidente: 24.10.2018

Lauro Brant, 07 de MAIO de 2019

28 MAIO 2019

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS DE LAGOA GRANDE
RUA SENADOR MARCOS FREIRE, 60 - CENTRO - CEP: 56395-000 - LAGOA GRANDE - PE - TEL.: (87) 3869-9754

Reconheço por autenticidade a firma indicada de
JOSE ORIVALDO DA SILVA
que confere o padrão reg. neste serventia. Dou fé.
Lagoa Grande, 7 de maio de 2019.

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E FABELOMAR E C.

VALOR TOTAL R\$ 10,00 - PE

CNPJ: 04.830.890/0001-14 Somente com o selo 0075762-1805201902.00094

Em testemunha Brasilina Freire Lima da VERA

Brasilina Freire Lima 12º Substituta

*Brasilina Freire Lima dos Santos
2º Substituta*

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0179504/19

Número do Sinistro: 3190348622

Vítima: JOSE ORIVALDO DA SILVA

Data do acidente: 24/10/2018

CPF: 062.162.024-64

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE ORIVALDO DA SILVA

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 30/05/2019

Data do cadastramento: 30/05/2019

Nome: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 772.869.954-72

CPF: 492.294.514-87

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

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 FÉMUR 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 término 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



Hora: 18:35

Nome:	José Orivaldo da Silva				
Pai:	Francisco Pinheiro da Silva				
Mãe:	Neide Lourdes Pinheiro da Silva Serra-falhada				
Sexo:	D.N.: 21.04.84	Idade: 34	Estado Civil: Solteiro		
Endereço:	Bela Vista, Chafariz				
Fone:	Cidade: 26	Estado: PE	Procedência: S.R		
RG: CPF: 062.162.02464	Certidão de Nascimento:				
Informante:	Parentesco: Quinze				
Queixas do Paciente: Acidente de moto					
Atendimento:	<input type="checkbox"/> Clínico	<input type="checkbox"/> Cirúrgico	<input type="checkbox"/> Pediátrico		
Situação de Destino:	<input type="checkbox"/> Sala de Medicinação	<input type="checkbox"/> Sala Vermelha	<input type="checkbox"/> Sala de Curativo	<input type="checkbox"/> Raio X	<input type="checkbox"/> Enfermaria
Histórico da Doença Atual:					
<p>Paciente vítima de acidente de moto. Repete que causou acidente próprio SIC. Repete que estava sem capacete SIC. Negou perda de consciência ou vômito. Edas gow 15. Paciente consciente, orientado, eupneico.</p>					

Exame Físico: PA: 100 x 60	Pulso:	Temperatura:	Peso:
<p>Apresenta sudorese no sedimento DPVAT MAIO 2019 AR - ACV e ABD encocente DPVAT MAIO 2019 Sat 97%. Fc: 104 bpm centro Av. Rio Barreto, nº 715, Lote 5 CEP: 5201-0400</p>			
Exames Solicitados/ Realizados: Não despeço Rx			
Diagnóstico Provisório: Acidente de moto Fratura de fêmur de perna F solicito Reabilitação			
Identificação do Médico: Médico - CREMEPE			

Ficha de Atendimento - Emergência

~~Not. per~~

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~~

22.33h) Exame regulado de fígado grande, estômago dilatado motoricidade baixa, responde mal à estimulação no momento, engasgo RIC, náuseas na Vómita, que desce ao de dor em mmh (segundo), com desproporção de membro)

(A) Sinais nervos periféricos, não obstrui o esfíncter de esôfago

(B) MVA para ATX, S/RA, não obstrui o esfíncter de esôfago em comparação a palpocao

(C) VLR, ST, BNF, SLS, estreita clínica e monodimensional

(D) Pungui 15, pupilar irracional e fotossensível, humoras subclávios e excreto, em foco

(E) Mâleme lucida e endolor, pele seca

0-1) S/ra obstruir fígado e bexiga nos bichadores da ortopedia
que paciente tem a bexiga que nome é (não médica que indica obstrução da bexiga e fígado)

Dra. Yza Mariana C. Brilo
CRM-PR 15.261

Proprietary

CRIM
jocante polietileno trigo, ritmo de colisão
muito baixo, causa múltiplos escorregões, esco-
lar e deformação do colo (E)

NR *lunay* (EI) 10078
RR *Bocia* 20 MAY 2009

D. George J. B. de Oliveira
Ortopedia, Traumatologia
CRM-PE 13001 / CRM BA 13959

HU-UNIVASF
CONFERE COM O ORIGINAL
Data: 30/10/19

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

Ass. Paciente: _____ HU: _____ SIAPe: 2204687 Saída: _____ / _____ / _____ Hora: _____ : _____

Registro de Classificação de Risco

Protocolo de Manchester

PROTOMUNIC 24/10

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		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
Fluxo Interno:	ORTOPEDIA CINNAMON					
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:		Discriminado				
Parâmetros:	Glicemia Capilar		Escala de Coma de Glasgow:			
	Pulso	Ritmo:	PA			
	Temperatura Timpânica		Escala de Dor:			
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 Interno:						
Classificador:	COREN / CRM:		Hora de Início CR:	Hora de Fim CR:		

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAIO 2019

HU - UNIVASF
CONFERE COM O ORIGINAL
Data: 20/04/19

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

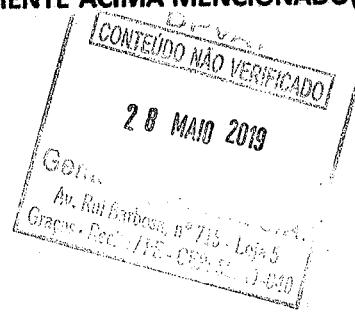
Convênio : SESAB
Médico Responsável : Dr ROBERTO BASTOS DE ALENCAR FILHO - 14.424-BA
Pessoa Responsável : MARIA DE LOURDES PINHEIRO DA SILVA
RG :
Observação : ACIDENTE DE MOTO
Entrada : 01/11/2018 02:37:06

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



ASSINATURA



LAUDO CIRÚRGICO

PACIENTE: 286.637 - JOSE ORIVALDO DA SILVA

Nº GUIA: 1.010.898

CIRURGIÃO: Dr ROBERTO BASTOS DE ALENCAR FILHO

ANESTESISTA: () 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 () ESQUERDO

TIPO DE FRATURA: () ABERTA () FECHADA

DESCRÍÇÃO 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)

() 0702030813 - PLACA C/ PARAFUSO DESLIZANTE DE 135 OU 150 GRAUS

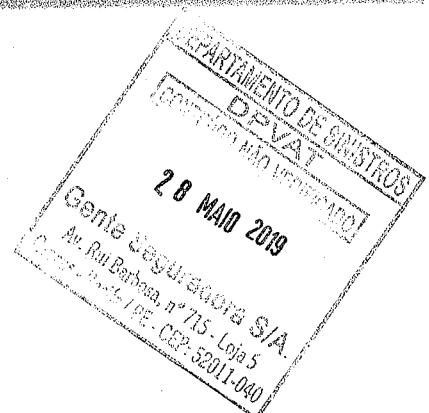
() 0702030821 - PLACA C/ PARAFUSO DESLIZANTE DE 95 GRAUS

() 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

SÓTE
SERVIÇO DE
ORTOPEDIA
CLÍNICA
EMERGÊNCIA
TRAUMATOLOGIA
SÓTE ENFERMAGEM

HORÁRIO

JOSE Chardal da Silveira
CLÍNICA
ENFERMEIRA
APARTEAMENTO
EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

IDADE: 31
REGISTRO: 06.11.18
DATA:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

ASSINATURA:

motivos suado

Recebe paciente em SEPA, consciente e orientado e sem queixas no momento. Pediendo dreno em TO com retorno de pequena quantidade de secreção sanguinolenta com hundrência da 1a bolsa de hemocomponente, que é momento de intubação.

Reabilitado e liberado pelo anestesista P.D. Seixas. Encaminhado à Clínica Univesar dos cuidados da Enfermagem.

Permanece do ec com perda de reflexo tático e níveis bons. Socorro no momento de intubação de TO de CH. Encaminhado para a UZACOM. F.º P.º consciente, orientado.

15:35

Termo de 1º uso da CH. P.D. P.º consciente.

15:40

Termo de 2º uso da CH. P.D.

16:10

Termo de 3º uso da CH. P.D.

16:40

Termo de 4º uso da CH. P.D.

17:10

Termo de 5º uso da CH. P.D.

17:40

Termo de 6º uso da CH. P.D.

18:10

Termo de 7º uso da CH. P.D.

18:40

Termo de 8º uso da CH. P.D.

19:10

Termo de 9º uso da CH. P.D.

19:40

Termo de 10º uso da CH. P.D.

20:10

Termo de 11º uso da CH. P.D.

20:40

Termo de 12º uso da CH. P.D.

21:10

Termo de 13º uso da CH. P.D.

21:40

Termo de 14º uso da CH. P.D.

22:10

Termo de 15º uso da CH. P.D.

22:40

Termo de 16º uso da CH. P.D.

23:10

Termo de 17º uso da CH. P.D.

23:40

Termo de 18º uso da CH. P.D.

00:10

Termo de 19º uso da CH. P.D.

00:40

Termo de 20º uso da CH. P.D.

01:10

Termo de 21º uso da CH. P.D.

01:40

Termo de 22º uso da CH. P.D.

02:10

Termo de 23º uso da CH. P.D.

02:40

Termo de 24º uso da CH. P.D.

03:10

Termo de 25º uso da CH. P.D.

03:40

Termo de 26º uso da CH. P.D.

04:10

Termo de 27º uso da CH. P.D.

04:40

Termo de 28º uso da CH. P.D.

05:10

Termo de 29º uso da CH. P.D.

05:40

Termo de 30º uso da CH. P.D.

06:10

Termo de 31º uso da CH. P.D.

06:40

Termo de 32º uso da CH. P.D.

07:10

Termo de 33º uso da CH. P.D.

07:40

Termo de 34º uso da CH. P.D.

08:10

Termo de 35º uso da CH. P.D.

08:40

Termo de 36º uso da CH. P.D.

09:10

Termo de 37º uso da CH. P.D.

09:40

Termo de 38º uso da CH. P.D.

10:10

Termo de 39º uso da CH. P.D.

10:40

Termo de 40º uso da CH. P.D.

11:10

Termo de 41º uso da CH. P.D.

11:40

Termo de 42º uso da CH. P.D.

12:10

Termo de 43º uso da CH. P.D.

12:40

Termo de 44º uso da CH. P.D.

13:10

Termo de 45º uso da CH. P.D.

13:40

Termo de 46º uso da CH. P.D.

14:10

Termo de 47º uso da CH. P.D.

14:40

Termo de 48º uso da CH. P.D.

15:10

Termo de 49º uso da CH. P.D.

15:40

Termo de 50º uso da CH. P.D.

16:10

Termo de 51º uso da CH. P.D.

16:40

Termo de 52º uso da CH. P.D.

17:10

Termo de 53º uso da CH. P.D.

17:40

Termo de 54º uso da CH. P.D.

18:10

Termo de 55º uso da CH. P.D.

18:40

Termo de 56º uso da CH. P.D.

19:10

Termo de 57º uso da CH. P.D.

19:40

Termo de 58º uso da CH. P.D.

20:10

Termo de 59º uso da CH. P.D.

20:40

Termo de 60º uso da CH. P.D.

21:10

Termo de 61º uso da CH. P.D.

21:40

Termo de 62º uso da CH. P.D.

22:10

Termo de 63º uso da CH. P.D.

22:40

Termo de 64º uso da CH. P.D.

23:10

Termo de 65º uso da CH. P.D.

23:40

Termo de 66º uso da CH. P.D.

24:10

Termo de 67º uso da CH. P.D.

24:40

Termo de 68º uso da CH. P.D.

25:10

Termo de 69º uso da CH. P.D.

25:40

Termo de 70º uso da CH. P.D.

26:10

Termo de 71º uso da CH. P.D.

26:40

Termo de 72º uso da CH. P.D.

27:10

Termo de 73º uso da CH. P.D.

27:40

Termo de 74º uso da CH. P.D.

28:10

Termo de 75º uso da CH. P.D.

28:40

Termo de 76º uso da CH. P.D.

29:10

Termo de 77º uso da CH. P.D.

29:40

Termo de 78º uso da CH. P.D.

30:10

Termo de 79º uso da CH. P.D.

30:40

Termo de 80º uso da CH. P.D.

31:10

Termo de 81º uso da CH. P.D.

31:40

Termo de 82º uso da CH. P.D.

32:10

Termo de 83º uso da CH. P.D.

32:40

Termo de 84º uso da CH. P.D.

33:10

Termo de 85º uso da CH. P.D.

33:40

Termo de 86º uso da CH. P.D.

34:10

Termo de 87º uso da CH. P.D.

34:40

Termo de 88º uso da CH. P.D.

35:10

Termo de 89º uso da CH. P.D.

35:40

Termo de 90º uso da CH. P.D.

36:10

Termo de 91º uso da CH. P.D.

36:40

Termo de 92º uso da CH. P.D.

37:10

Termo de 93º uso da CH. P.D.

37:40

Termo de 94º uso da CH. P.D.

38:10

Termo de 95º uso da CH. P.D.

38:40

Termo de 96º uso da CH. P.D.

39:10

Termo de 97º uso da CH. P.D.

39:40

Termo de 98º uso da CH. P.D.

40:10

Termo de 99º uso da CH. P.D.

40:40

Termo de 100º uso da CH. P.D.

41:10

Termo de 101º uso da CH. P.D.

41:40

Termo de 102º uso da CH. P.D.

42:10

Termo de 103º uso da CH. P.D.

42:40

Termo de 104º uso da CH. P.D.

43:10

Termo de 105º uso da CH. P.D.

43:40

Termo de 106º uso da CH. P.D.

44:10

Termo de 107º uso da CH. P.D.

44:40

Termo de 108º uso da CH. P.D.

45:10

Termo de 109º uso da CH. P.D.

45:40

Termo de 110º uso da CH. P.D.

46:10

Termo de 111º uso da CH. P.D.

46:40

Termo de 112º uso da CH. P.D.

47:10

Termo de 113º uso da CH. P.D.

47:40

Termo de 114º uso da CH. P.D.

48:10

Termo de 115º uso da CH. P.D.

48:40

Termo de 116º uso da CH. P.D.

49:10

Termo de 117º uso da CH. P.D.

49:40

Termo de 118º uso da CH. P.D.

50:10

Termo de 119º uso da CH. P.D.

50:40

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

SÓTE
SERVIÇO DE
ORTOPEDIA
TRAMATÓLIA
ESPECIALIZADA

HORÁRIO

06:00 Mediado com 01 amp de dipirona 1g + AD IV. Medo

07:00 Manhã da 06h
Realizar banho por expesso + higiene oral.

07:20 Peito e braço operados de L a Perna (R), segue em operação os braços (Lto Cabe), Cervicais, Ombros, costas, espáculos, sciatíca, an, espinha sub e sacra em sacras, tocar na fricção da pele.

08:00 Saca suspensão abdominal e saquear. **WILHELM DA SANTANA**

12:00 Saco saqueado em 10g de espuma e colchão na mesma hora. **WILHELM DA SANTANA**

15:00 Ento Dado 1- Fase STG-1. SODALCIM +

16:00 Revisão das fases de Dado V-1 R-1

17:00 Saco saqueado em 01 amp dipirona

18:00 Saco saqueado em 01 amp dipirona

19:00 Saco saqueado em 01 amp dipirona

20:00 Saco saqueado em 01 amp dipirona

21:00 Saco saqueado em 01 amp dipirona

HORA	P.A.	PULSO	TEMP.	INGESTÃO	DIURESE	EVACUAÇÃO	S.N.G.	DIA.DRENO	VOLUME	HAT	BALHÍDICO	IDADE	REGISTRO	DATA
												DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	
06:00	120x80	93 bpm	30.9°c	1000	1000	1000	-	-	-	-	-	79	284634	05/11/18
10:00	104x62	78	35.9°c	1000	1000	1000	-	-	-	-	-	79	0000000000000000	
15:50	120x80	78	36.3	1000	1000	1000	-	-	-	-	-	79	0000000000000000	

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM											
NOME:		REGISTRO:		DATA:							
JOSÉ - D. M. ALDO DA SILVA		20366 970		01/11/18							
SERVIÇO DE ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA ESPECIALIZADA		DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:		DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:							
CLÍNICA ENFERMEIRA: CA		APARTAMENTO: 8		LEITO:							
HORÁRIO											
06:00 - 07:00 - 08:00 - 09:00 - 10:00 - 11:00 - 12:00 - 13:00 - 14:00 - 15:00 - 16:00 - 17:00 - 18:00 - 19:00 - 20:00 - 21:00 - 22:00 - 23:00 - 24:00											
EVOLUÇÃO ENFERMAGEM:											
<p>07h Paciente segue com internamento, com repercuso no leito com pressão no de fratura em pérnera. C. clínico, com - mente, com intato, com surpreendente, membro com - do, hidratado, com boa aceitação da dieta, queimada, abdome pouco e cla- cide, mordida a palpebra, diurase +, vacinação ausente. Segue as encadeadas</p>											
<p>10:00 Sendo medicado com 10 de aspirina RO a 10:00 Sendo mediado com 10 de aspirina RO ex. 1000 - Marilia Assis de Jesus, Enfermeira, COREN-BA 0554-14991166, assinatura</p>											
<p>10:05 Fazendo re-litio. Fazendo re-litio com hidroxiapatita. Fazendo re-litio com hidroxiapatita. Romney Lucena Siqueira, Enfermeiro, COREN-BA 233.975</p>											
<p>11:00 Fazendo re-litio. Fazendo re-litio com hidroxiapatita. Romney Lucena Siqueira, Enfermeiro, COREN-BA 233.975</p>											
HORA	P.A.	PULSO	TEMP.	INGESTÃO	DIURESE	EVACUAÇÃO	S.N.G.	DIA DRENO	VOMITO	HGT	BALANÇO HÍDRICO
06:00	Normal	80	36,3°C	(+)	(-)						
09:00	120x20	78	36,4°C	(+)	(+)						
11:00	120x30	80	36,9°C	(+)	(+)						
19:00	100x20	79	35,9°C	Zero 00:00	(+)						



LAUDO CIRÚRGICO

PACIENTE: JOSE ORIVELOPEZ PT 386 REGISTRO: 386-632

CIRURGIÃO: Dr. Ruyber L. Faria 1º AUXILIAR

ANESTESISTA: Dr. Carlos Almeida 2º AUXILIAR

INSTRUMENTADOR: _____

DATA: 06/11/18 | INÍCIO: | TÉRMINO: | DURAÇÃO: |

DIAGNÓSTICO: FRA 001-500 | INTERVENÇÃO: PES 001-500

7 de Fevereiro de 1990

DESCRICAO DO ATO OPERATORIO

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

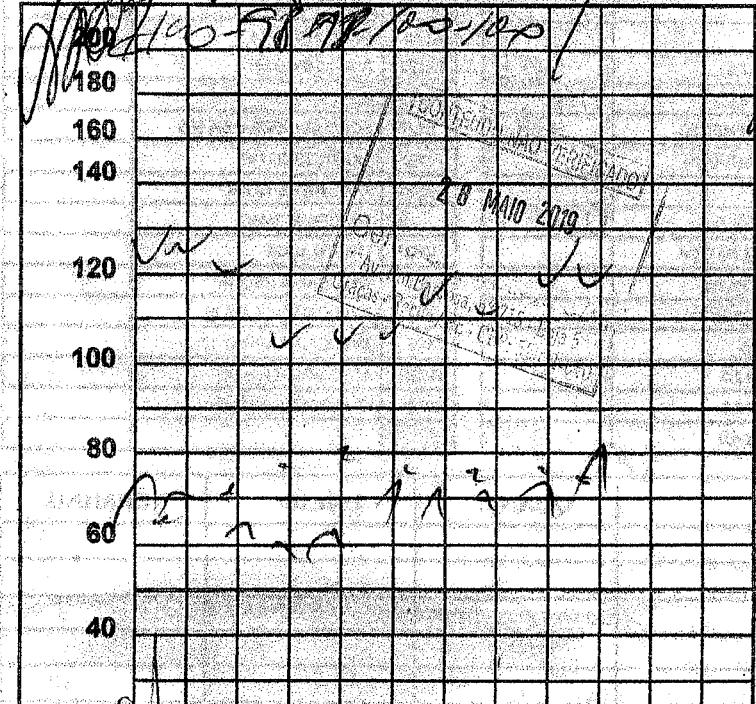
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

LAUDO DE ANESTESIA

ANESTESIA/INÍCIO: 11/07/2018 TÉRMINO: 11/07/2018 DURAÇÃO: 80'

TIPO DE ANESTESIA: nitrofur AGENTE: nitrofur VOLUME: 100

MERISACÃO PÓ S.G.



parcels to my
Son of 0.3 ft
RPO Chicago and
Covered by D.V.
from which a stiff

Nome do Paciente

MELVIA

ESPECIE/ALIMENTO	DOSE	VIDA	INTERV.
Y. H. 8, 30gr, 1.000 ccc	1g + AD	0	hr
Juventude			
Dr. Robert J. Alentair			
Ortopedia			
CRM-BA-3.5.14			
985-58			
CPR-935-368			
Conselho S.M.			
Dr. Robert J. Alentair			
Ortopedia			
CRM-BA-3.5.14			
985-58			
20 MAIO 2009			

ASSINATURA E CARMÍDO DO MEDICO

A decorative floral ornament at the top of the page, featuring a stylized flower with a central circular element and radiating petals, surrounded by smaller leaves and vines.

— **16137** — **111110** —

Enf.JAP

Nº do Leito

OUTROS CUIDADOS

THE HISTORY OF

卷之三

312

卷之三

ASSINATURA E GARIMBO DO MÉDICO

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

NOME:	JOSE ORIVALDO DA SILVA		DATA:	REGISTRO:	DATA:
SERVIÇO DE:	CLÍNICA	APARTAMENTO	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:	DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:	LETO:
ORTOPEDIA	ENFERMAGEM				01/11/18
TRAUMATOLOGIA	C. C	419			
SOTE	ESPECIALIZADA				
HORÁRIO					
16:50					

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

ASSINATURA

ASSINATURA

HEMOBA

PRODUTO:
C. HEMACIAS(X) PLASMA() PLAQUETAS()

PACIENTE: JOSE ORIVALDO DA SILVA

DESTINO: SOTE

Nº BOLSA: 2109181017015
ABO/Rh (BOLSA): O+ VALIDADE: 21/11/18
ABO/Rh (PACIENTE): O+ RESP: D. D. A
DATA DO TESTE: 01/11/18 VOLUME(BOLSA): 250 mlLUDVILY P. DE SANTANA
Tec. EnfermagemLUDVILY P. DE SANTANA
Tec. Enfermagem18:30 Sobe medeado em topo de unha e é medicado
nosso. Lava os pés e testas.

HEMOBA

PRODUTO:

C. HEMACIAS(X) PLASMA() PLAQUETAS()

PACIENTE: Jose Orivaldo da Silva

DESTINO: SOTE

Nº BOLSA: 2109181017015
ABO/Rh (BOLSA): O+ VALIDADE: 21/11/18
ABO/Rh (PACIENTE): O+ RESP: D. D. A
DATA DO TESTE: 01/11/18 VOLUME(BOLSA): 250 ml

EVOLUÇÃO ENERGÉTICA

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

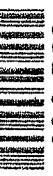
DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA	DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA
20/08/02	Oncocarcinoma	20/08/02	Oncocarcinoma
20/08/02	Oncocarcinoma	20/08/02	Oncocarcinoma
20/08/02	Oncocarcinoma	20/08/02	Oncocarcinoma
20/08/02	Oncocarcinoma	20/08/02	Oncocarcinoma
20/08/02	Oncocarcinoma	20/08/02	Oncocarcinoma
20/08/02	Oncocarcinoma	20/08/02	Oncocarcinoma
20/08/02	Oncocarcinoma	20/08/02	Oncocarcinoma
20/08/02	Oncocarcinoma	20/08/02	Oncocarcinoma
20/08/02	Oncocarcinoma	20/08/02	Oncocarcinoma
20/08/02	Oncocarcinoma	20/08/02	Oncocarcinoma
20/08/02	Oncocarcinoma	20/08/02	Oncocarcinoma
20/08/02	Oncocarcinoma	20/08/02	Oncocarcinoma
20/08/02	Oncocarcinoma	20/08/02	Oncocarcinoma
20/08/02	Oncocarcinoma	20/08/02	Oncocarcinoma
20/08/02	Oncocarcinoma	20/08/02	Oncocarcinoma
20/08/02	Oncocarcinoma	20/08/02	Oncocarcinoma
20/08/02	Oncocarcinoma	20/08/02	Oncocarcinoma
20/08/02	Oncocarcinoma	20/08/02	Oncocarcinoma
20/08/02	Oncocarcinoma	20/08/02	Oncocarcinoma



EVOLUÇÃO ENERGÉTICA

HORÁRIO		EVOLUÇÃO ENFERMAGEM										DIAGNÓSTICO PRINCIPAL		DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO		IDADE		REGISTRO		DATA							
		E.C.										C. C.		4		21		Q		286637		LETO		1		09/11/18	
		EVOLUÇÃO ENFERMAGEM																									
09:00		Sendo medicado com 10ml de Ringer Lactato + 10ml de 10% Ácido Hidroxicloroquinina.																									
11:00		Paciente segue em jejum - operatório Vértebra cervical com dor, calore, inchaço e edema.												CORRENBAPE: 555.10		28		MAIO		2019							
12:00		Paciente com dor intensa, calore, inchaço e edema.																									
13:00		Paciente com dor intensa, calore, inchaço e edema.																									
14:00		Paciente com dor intensa, calore, inchaço e edema.																									
15:00		Paciente com dor intensa, calore, inchaço e edema.																									
16:00		Paciente com dor intensa, calore, inchaço e edema.																									
17:00		Paciente com dor intensa, calore, inchaço e edema.																									
18:00		Paciente com dor intensa, calore, inchaço e edema.																									
19:00		Paciente com dor intensa, calore, inchaço e edema.																									
20:00		Paciente com dor intensa, calore, inchaço e edema.																									
21:00		Paciente com dor intensa, calore, inchaço e edema.																									
22:00		Paciente com dor intensa, calore, inchaço e edema.																									
23:00		Paciente com dor intensa, calore, inchaço e edema.																									
00:00		Paciente com dor intensa, calore, inchaço e edema.																									
01:00		Paciente com dor intensa, calore, inchaço e edema.																									
02:00		Paciente com dor intensa, calore, inchaço e edema.																									
03:00		Paciente com dor intensa, calore, inchaço e edema.																									
04:00		Paciente com dor intensa, calore, inchaço e edema.																									
05:00		Paciente com dor intensa, calore, inchaço e edema.																									
06:00		Paciente com dor intensa, calore, inchaço e edema.																									
07:00		Paciente com dor intensa, calore, inchaço e edema.																									
08:00		Paciente com dor intensa, calore, inchaço e edema.																									
09:00		Paciente com dor intensa, calore, inchaço e edema.																									
10:00		Paciente com dor intensa, calore, inchaço e edema.																									
11:00		Paciente com dor intensa, calore, inchaço e edema.																									
12:00		Paciente com dor intensa, calore, inchaço e edema.																									
13:00		Paciente com dor intensa, calore, inchaço e edema.																									
14:00		Paciente com dor intensa, calore, inchaço e edema.																									
15:00		Paciente com dor intensa, calore, inchaço e edema.																									
16:00		Paciente com dor intensa, calore, inchaço e edema.																									
17:00		Paciente com dor intensa, calore, inchaço e edema.																									
18:00		Paciente com dor intensa, calore, inchaço e edema.																									
19:00		Paciente com dor intensa, calore, inchaço e edema.																									
20:00		Paciente com dor intensa, calore, inchaço e edema.																									
21:00		Paciente com dor intensa, calore, inchaço e edema.																									
22:00		Paciente com dor intensa, calore, inchaço e edema.																									
23:00		Paciente com dor intensa, calore, inchaço e edema.																									
00:00		Paciente com dor intensa, calore, inchaço e edema.																									
01:00		Paciente com dor intensa, calore, inchaço e edema.																									

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM



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

REL - GINT014

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

Prescrição Médica

006.566
Prontuário286.637
Prescrição

lergia :

Prontuário : 286.637 Nome : JOSE ORIVALDO DA SILVA

Leito : ENFERMARIA 4.1

Convênio: SESAB

Nasc : 21/04/1987 Idade - 31a 7m

APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO										
	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
28											
MAIS											
RELATIVO											
RETA											
LIVRE											
ADUÇÃO											
SOL FISIOLOGICA 0,9%, Volume-500 ML, Equipo-EQUIPO MACRO GOTAS/MIN	18										
CONTROLE											

EDICAÇÃO

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 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 FISIOLOGICA 0,9% 500ML, Posologia-8/8 H, Via de Administração-IV, Suspensão-S/N

EXAMES SOLICITADOS

RX CONTROLE

OBSERVAÇÃO

Peso : Altura : ICM :
VET Estimac VET Ofertado PTN Estimado PTN Ofertado VET SNO PTN SNO

ROBERTO BASTOS DE ALENCAR FILHO
CRM 14.424

Digitador - SIMONE DA SILVA CARNEIRO GALVAO
Data / Hora - 07/11/2018 11:13:37

Simone Galvao 07/11/2018

Agravamento -



EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

Hospital	SITR		APLICATÓRIO DA UNIVERTA	Data	17/11/18	Hora	20:30
Paciente (legível)	JOSE DA SILVA SOA SAI 157				o Convênio específico: SUS		
Unidade / Enfermaria	1		Lito	+	Prontuário	286-637	Cartão SUS 162128+10 sus 600000
Endereço de residência do paciente				Nº	100	Bairro	
CEP	Estado de origem	PE	Município de origem	IBGE (município)	Código de Etnia (pacientes indígenas)		
Nascimento	21-06-87	Sexo	mas	28,5	Pla.	TPI	1-10 SC
Diagnóstico	F. FEMININ		Indicação	AGRAVEIA			
Antecedente transfusional?	<input type="checkbox"/> não	<input checked="" type="checkbox"/> sim	Antecedentes obstétricos?	<input type="checkbox"/> não	<input checked="" type="checkbox"/> sim	Reação transfusional prévia?	<input type="checkbox"/> não
Fenotipagem (incluir apenas抗ígenos negativos conforme prontuário)							
Produto	Nº unidades ou volume (mL)		Processo de modificação a ser realizado no hemocomponente				
<input 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 type="checkbox"/> Urgência (em até 3h)	<input type="checkbox"/> Emergência (retardo da transfusão acarretar risco à vida)			
Observações:							
Produto	Produto	Produto	Produto				
Data/Hora	Date/Hora	Date/Hora	Date/Hora				
Nome do médico solicitante (legível) + CREMEB + assinatura OU carimbo (legível) + assinatura				Responsável pela coleta (assinatura legível)			

TERMO DE AUTORIZAÇÃO TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES HETEROGRUPO

Autorizo transfusão de hemocomponentes heterogrupo compatível para o(a) paciente acima identificado

Nome do médico solicitante (legível) + CREMEB + assinatura
OU
carimbo (legível) + assinatura

Note: O envio da hemocomponente não implica a interrupção dos testes pré-transfusional, que devem continuar a ser realizados

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA TRANSFUSÃO DE EMERGÊNCIA

Autorizo ao serviço de hemoterapia o fornecimento de concentrado de hemácia (CH) em caráter de emergência para o(a) paciente acima identificado antes da conclusão dos testes pré-transfusional, pois o retardo da transfusão pode acarretar risco à vida do(a) mesmo(a). Conforme legislação vigente, sólido conhecer o risco de tal procedimento e concordo com a realização do mesmo.

Nome do médico solicitante (legível) + CREMEB + assinatura
OU
carimbo (legível) + assinatura

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA TRANSFUSÃO DE EMERGÊNCIA

Autorizo ao serviço de hemoterapia o fornecimento de concentrado de hemácia (CH) em caráter de emergência para o(a) paciente acima identificado antes da conclusão dos testes pré-transfusional, pois o retardo da transfusão pode acarretar risco à vida do(a) mesmo(a). Conforme legislação vigente, sólido conhecer o risco de tal procedimento e concordo com a realização do mesmo.

Nome do médico solicitante (legível) + CREMEB + assinatura
OU
carimbo (legível) + assinatura

Note: O envio da hemocomponente não implica a interrupção dos testes pré-transfusional, que devem continuar a ser realizados

DEPARTAMENTO
DPVA
VERIFICA

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELA UNIDADE REQUISITANTE (letra legível)

Hospital	78 MAIO 2019		Data		Hora		
Paciente (legível)					Unidade / Enfermaria		
Produto	Graves	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

José Flá

Data 28/11/18

Hora 21:45



SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA ESPECIALIZADO LTDA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE

Nome: <u>JOSE DUVILLO DS SAE</u>	Prontuário: <u>286637</u>	Enfermar. <u>Leito</u>
Procedimento Cirúrgico: <u>FEMUR F</u>	Data: <u>01/11/18</u>	Hora: <u>02:00</u>

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
1. Padrão Alimentar Nível: <input checked="" type="checkbox"/> Aumentado <input type="checkbox"/> Diminuído	<input type="checkbox"/> Solicitar avaliação nutricional <input type="checkbox"/> Registrar aceitação alimentar diária <input type="checkbox"/> Outros	<u>observar</u>
2. Padrão de eliminação urinária <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registrar existência de distúrbios de eliminação urinária-disúria <input type="checkbox"/> bexigona <input type="checkbox"/> incontinência <input type="checkbox"/> Medir volume de diurese _____ / _____ h <input type="checkbox"/> Outros	
3. Integridade tissular prejudicada <input checked="" type="checkbox"/> Local: _____	<input type="checkbox"/> Descrever as características da lesão <input type="checkbox"/> Realizar curativo Local: _____ Tipo: _____	
4. Dor <input checked="" type="checkbox"/> Aguda <input type="checkbox"/> Crônica <input type="checkbox"/> Local: _____	<input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito de _____ / _____ h <input type="checkbox"/> Observar condições da pele após o uso do PVPI <input type="checkbox"/> Manter pele limpa e seca <input type="checkbox"/> Lavar pele e manter lubrificada após uso do PVPI ou se estiver ressecada <input type="checkbox"/> Outros	
5. Sangramento Local: _____ <u>ATO DE SANGUE</u> (<input type="checkbox"/> Leve <input checked="" type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo) <u>20 MAIO 2019</u>	<input type="checkbox"/> Registrar alterações do tônus muscular <input checked="" type="checkbox"/> Registrar intensidade da dor <input type="checkbox"/> Observar fatores que agravam e aliviam a dor através da expressão facial <input type="checkbox"/> Auxiliar no posicionamento do corpo / membro <input type="checkbox"/> proporcionar ambiente calmo e repousante <input type="checkbox"/> Outros	<u>observar</u>
6. Choque hipovolêmico <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial <input type="checkbox"/> Manter decúbito <input type="checkbox"/> Realizar crioterapia <input type="checkbox"/> Realizar curativo compressivo <input type="checkbox"/> Outros	
7. Desidratação <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aferir sinais vitais a cada _____ / _____ h <input type="checkbox"/> Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O <input type="checkbox"/> Registrar aspecto e débito do líquido drenado em cateteres e sonda <input type="checkbox"/> Outros	
	<input type="checkbox"/> Registrar balanço hídrico a cada _____ / _____ h <input type="checkbox"/> Avaliar e registrar umidade de mucosa <input type="checkbox"/> Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária <input type="checkbox"/> 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	
	() Aferir e registrar HGT de _____ / _____ h	
	() Outros	
12. Risco para glicemia Nível: () Aumentado () Diminuído	(✓) Aferir sinais vitais	notina
	() Registrar presença de sinais flogísticos locais	
	() Examinar F.O e registrar alterações	
	() Promover isolamento de contato - SN	
13. Risco para infecção ()	() 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	
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	registrar
		20 MAIO 2019
		Av. Luis Viana, 1000 - Centro - Salvador - BA Graças - Recife - PE

Juliene Tolentino Haddad Buscar
Enfermeira
COREN-BA 189514-ENF

F.O - Ferida Operatória FC - Freqüência Cardíaca FR - Freqüência Respiratória SNG - Sonda Nasogástrica SN - Se necessário
SNE - Sonda Nasoenteral SVD - Sonda vesical de demora HGT - Hemoglicoteste PVPI - Polivinil Pirrolidona Selo Conservativo

Romney Lucena Sitou

Enfermeiro

COREN-BA 223-975

ASSINATURA E CARIMBO
ENFERMEIRO / DIURNO E NOTURNO

ASSINATURA E CARIMBO
TÉCNICO DE ENFERMAGEM / DIURNO E NOTURNO

Téc. de ENFERMAGEM
COREN-BA 848895-TE

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 **18 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 LETO **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)

REGULOU 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 SUBTROCANTERÍCA DE FÉMUR DO ME

- 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 02:99

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

Ecocardio: Sem Exame

RX: FRATURA DE FÉMUR 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

RECORTE NÃO VERIFICADO
28 MAIO 2019

Hipótese do Diagnóstico (CID)

72.2 FRATURA SUBTROCANTERIANA DE FEMUR

Encaminhamento

1/10/2018 12:13

OTE - JUAZEIRO - BA

Prof. Reg.: LUCAS LOPES LIBÓRIO

Resolutividade: Atendido

Paciente Não Acomodado

Mot. Solut.: Internação Ortopédica - Geral

Ambulância:

(R66 286632)

RÓRIO DE OCORRÊNCIAS

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

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

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

o da Solicitação: Internação Ortopédica - Fratura de Fêmur

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

to Clínico: =====> RELATÓRIO MÉDICO

- HISTÓRICO DA ADMISSÃO: paciente, vítima de acidente
motociclistico(collisão; carroX moto) sem uso de capacete deu entrada na
unidade com várias escoriações em região de face. glasgow 15, sudoreico,
e referindo dor intensa em MIE(perna esquerda)
- EVOLUÇÃO: paciente evolui com perna esquerda com deformidade e
edema acentuados(dor intensa à palpação).hipotensão 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

Ecocardiograma: Sem Exame

RX: Sem Exame

USG: Sem Exame

TC: Sem Exame

RNM: Sem Exame

Sem Outros Exames

QUADRO INFECCIOSO: Sem Infecção

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

CREMEO

Informado por Flávia Gabrielle Ferreira da Conceição - HMJHL em

24/10/2018 19:07:27

se do Diagnóstico (CID)

FRATURA DO FEMUR, PARTE NÃO ESPECIFICADA

DATA DE EMISSÃO	CEP/AT
DATA NÃO VERIFICADA	28 MAIO 2019
Comprovado S/A	
Av. Rui Barbosa, nº 715, 1º andar	
CNPJ: 11.111.111/0001-040	

nhamento

2018 19:17

ITAL UNIVERSITARIO DE PETROLINA - PE

eg.: MARIA ISABELLA COSTA CALOU E SÁ

tividade: Atendido

te Não Acomodado

Mot. Solicitud: Internação Ortopédica - Fratura de Fêmur

Ambulância:

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)
REGULOU 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 SUBTROCANTERÍCA DE FÉMUR 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

Ecocardio: Sem Exame

RX: FRATURA DE FÉMUR ESQUERDO

USG: Sem Exame

TC: Sem Exame

RNM: Sem Exame

Sem Outros Exames

QUADRO INFECIOSO: 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

SOTE - JUAZEIRO - BA

Prof. Reg.: LUCAS LOPES LIBÓRIO

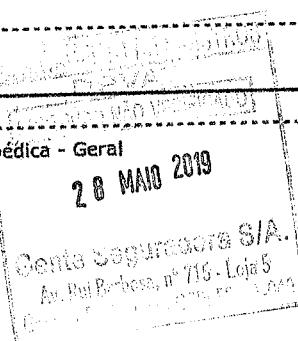
Resolutividade: Atendido

Paciente Não Acomodado

Informações Adicionais: Incluído por Saulo Bezerra Xavier - 31/10/2018 12:02:53

Mot. Solicitud: Internação Ortopédica - Geral

Ambulância:



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

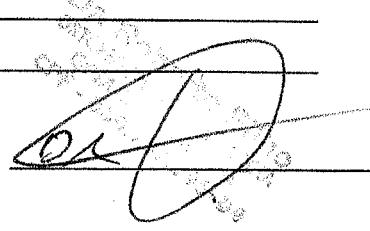
Paciente : 286.637 - JOSE ORIVALDO DA SILVA
 DT Nasc : 21/04/1987 Idade : 31a 6m 10d Sexo : M Profissão :
 Est Civil : SOLTEIRO RG : 7650558
 Pai : FRANCISCO PINHEIRO DA SILVA NETO
 Mãe : MARIA DE LOURDES PINHEIRO DA SILVA
 Endereço : RUA B, CASA MORADA NOVA LAGOA GRANDE-PE
 Telefone : (74) CEP : 56.395-000

INTERNAMENTO

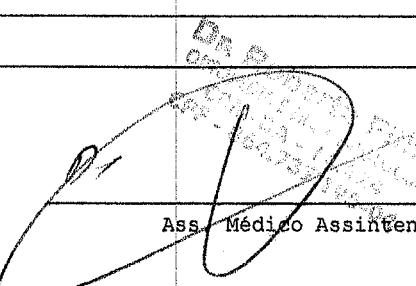
Convenio : SESAB Usuário : DANIEL GENOVEZ
 Médico Responsável : ROBERTO BASTOS DE ALENCAR FILHO CRM : 14.424-BA
 Pessoa Responsável : MARIA DE LOURDES PINHEIRO DA SILVA RG :
 Dependência : ENFERMARIA 4-1 Entrada : 01/11/2018 02:37:06
 Dias Autorizados : 03 Alta :
 Observação : ACIDENTE DE MOTO
 Proc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

Observação : _____

EXAMES CLÍNICOS

Acidente no moto HAD 8/11CDS72Perdo Femur eFRACTURA SUB TORNADO FEMORALAnormal + CxosHTN de SustentPerdo Perna e comAss. Residente : Diagnóstico Provisório : Fractura FemurDiagnóstico Definitivo : Alta Hospitalar em : 08/11/201829 MAIO 2019SIA.

Ass. Médico Assintente



200910141511

214969 1

24-OCT-2018

Acq: 22:51:31

Se

Im: 1

Lat/Pos: U / AP

CR 30-XM

CR30-XM

HU UNIVASF

DFOV: 34.8 x 42.5 cm

Zoom: 1.00x

256 L: 128 (Auto)





Prefeitura
**Lagoa
Grande**
Desenvolvimento é Cidadania

SESAU
Secretaria Municipal de Saúde
Lagoa Grande - PE

SUS
Sistema
de Saúde

LETRINHA
DEVA
CONTE-NU
28 MAIO 2019

RECEITUÁRIO

UNIDADE DE SAÚDE:

NOME:

out médico

Gente Só Gente S/A
Av. Rui Barbosa, nº 713 - Centro
CEP: 57911-000
REGISTRO N°

José ouvaldo da silva, 32 anos,
operado no pescoço na
veia superior expandida e curva
e saudade no lado direito
ocorrida os dias de 27.10.18
onde operou fíbula 1/3 posterior
foi feita expanda subverte
a fíbula íntima com parafuso
e placa. Até o dia de 06/05/19
permanece o re encontro de
fíbula definitiva.

DATA: 15/5/19

Dr. Município R. Santos
Ortopedista
CRM-PE: 24506

ASSINATURA E CARIMBO

Unidade de Saúde:

Name: _____

Registro N°

José Onildo da Silva,
apresenta-se em nome
de Fábio de Freitas expus
ocorridos de 80 (oitenta)
lai de apresentar
Tiradentes à fronte de
08.11.18.

DATA.

Assinatura e Carimbo

~~Dr. Mauricio Rondon
Oncólogo
Cremes 141~~

20100714-21

214969-1

24-out-2018

Acq: 22:51:31

Se

Inv: 1

Lat / Pos: U / AP

E

Zoom: 1,00x

56 L 128 (Auto)

CR 30-XM

CR30-XM

HU UNIVASF

DFOW: 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 término 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

