Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

01/07/2020

Número: **0009562-43.2019.8.17.3130**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Petrolina**
Última distribuição : **28/10/2019**
Valor da causa: **R$ 7.762,50**
Assuntos: **Seguro**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE ORIVALDO DA SILVA (AUTOR)	**PAULO HENRIQUE LIMA LEMOS (ADVOGADO)** **IONE NADJA GONCALVES DE OLIVEIRA (ADVOGADO)**
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64037865	01/07/2020 15:30	ANEXO 1	Outros (Documento)

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

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, Municipio 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.
Periciando deambulando com auxilio de muletas
Moderada atrofia do quadriceps
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 8.194/74, 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

_____

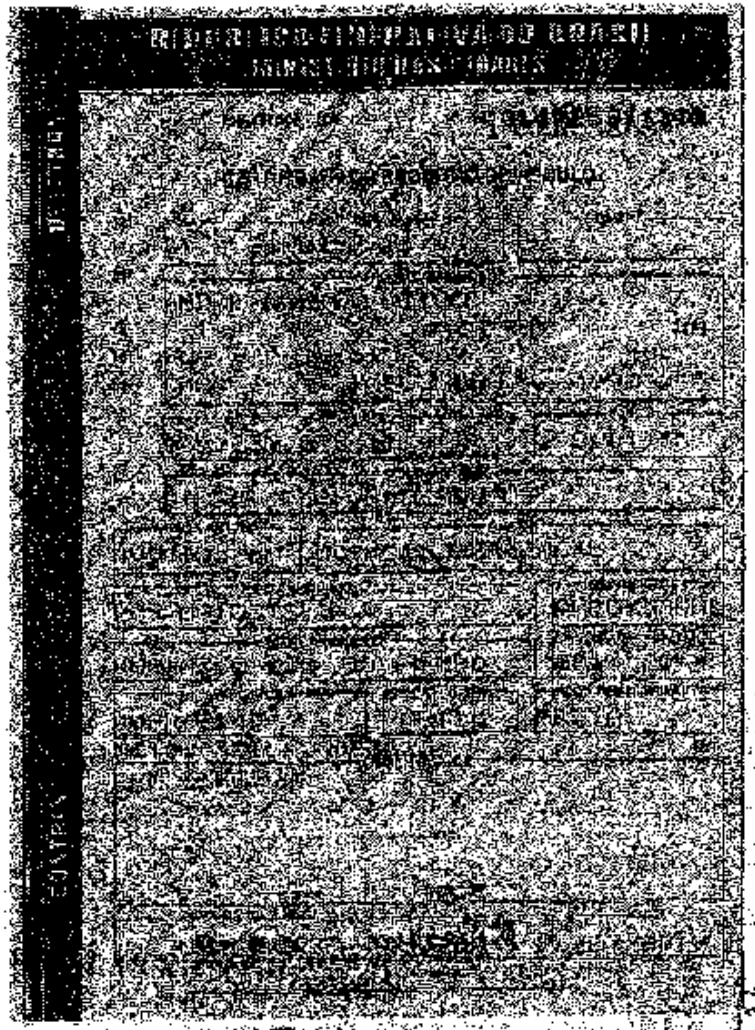
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve

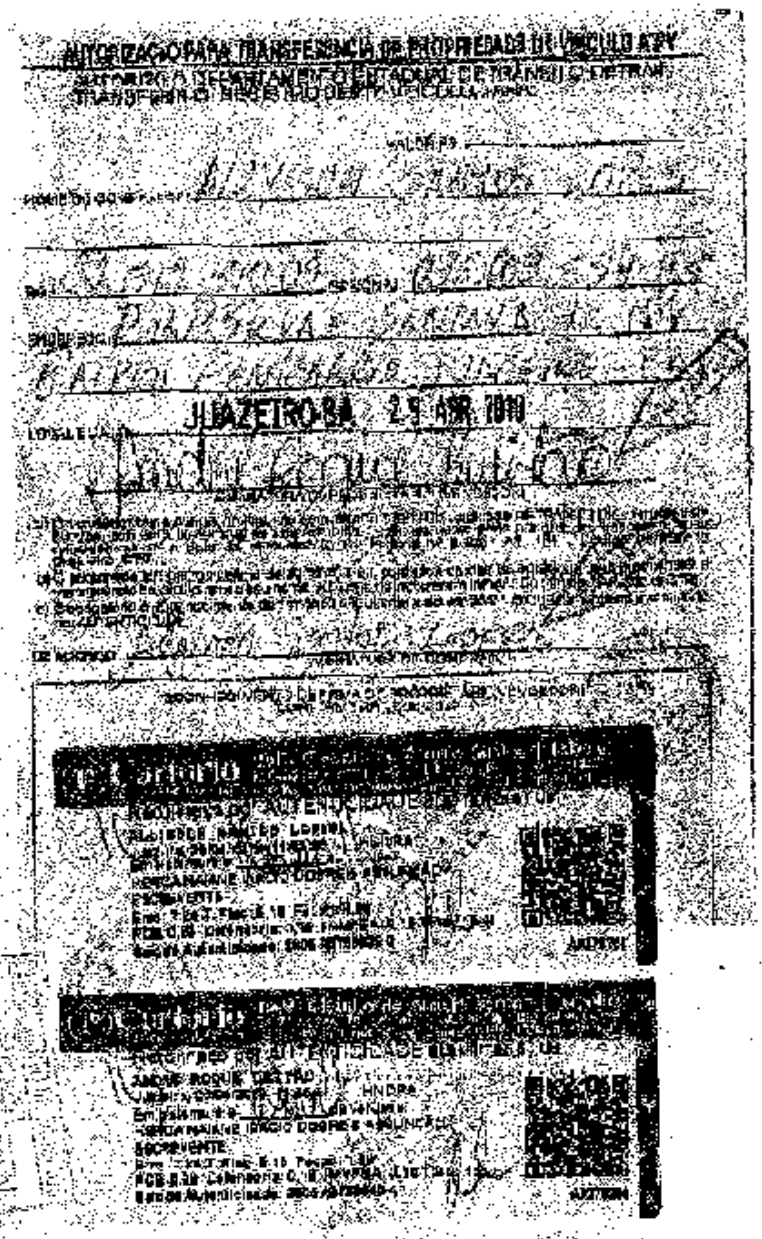
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

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





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/07/2020 15:30:43
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115304324400000062855996
Número do documento: 20070115304324400000062855996

Receita Federal
JOSE ORIVALDO DA SILVA
21/04/1964
JOSE ORIVALDO DA SILVA
RA

Seguradora **LÍDER**

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 prêmio, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-2593 / Outras regiões: 0800 022 12 04
SAC (para reclamações e ajustes, 24 horas por dia): 0800 002 84 98 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 34 04 | 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 onde reside na (Rua/Avenida/Estrada) RUA BELA VISTA nº 46

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 ONVALDO DA SILVA, cujo o condutor era JOSÉ ONVALDO DA SILVA

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA TITAN 150 Ano: 2014/2014

Placa: OVC 1155 Chassi: 9C2KC1650ERO 23615

Data do Acidente: 24/10/2018

RECONHECIDO

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)

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS DE LAGOA GRANDE

2º Substituto

[redacted]

ATENÇÃO

[redacted]

RUA [illegible]

[illegible] 10.[illegible]

COTTO MORADA NOVA LAGOA GRANDE
LAGOA GRANDE PE
56335-000

ASSOCIAÇÃO

[illegible]

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
4010762010	04/2019

DATA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO	VENCIMENTO	DATA PROXIMA LEITURA
[illegible]	[illegible]	15/04/2019	23/04/2019	15/05/2019

REFERENCIA	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO	TOTAL A PAGAR (R$)
[illegible]	[illegible]	1656549	37,48

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	[illegible]	VALOR (R$)
Consumo até 30 kWh	30,000000	0,1037[illegible]668	5,72
Consumo acima superior a 30 até 100 kWh	68,000000	0,32684269	22,23
Contribuição Iluminação Pública			8,60
Multa por atraso NF 054367196 - 15/03/19			0,65
Juros por atraso NF 054367196 - 15/03/19			[illegible]

Scanned with CamScanner

Mudou-se | Recusado | Falecido | Reclamado no serviço postal em _____

Desconhecido | Ausente | Endereço | _____ Responsável

Informação de porteiro / síndico | Não solicitada / número / endereço | Não procurado

BANCO DO BRASIL

0594 16386449-2

DEVOLUÇÃO CULTURINGA

FAC

SEBASTIAO CARLOS MANGABEIRA FERREIRA
RUA DANA PISTOLA 226
AREIA BRANCA
56330-035 PETROLINA - PE

Atendimento SAC: 4004-0001 (capitais) ou 0800 729 0001 (demais localidades) - Ouvidoria: 721 0722 - Deficiente auditivo ou de fala: 0800 729 0088 - Cancelamento: 0800 729 3070

PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA GRANDE - PE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Hospital Municipal José Henrique de Lima

FICHA DE ATENDIMENTO DA EMERGÊNCIA

SUS

Registro Nº: 129679
Data: 24/10/19
Hora: 18:35

Nome: José Oriosto da Silva
Pai: Josefa Pinheiro da Silva
CNS:
Mãe: Mª de Lourdes Pereira da Silva
Naturalidade: Serra Talhada
Sexo: M
D.N.: 7.04.82
Idade: 37
Estado Civil: Casado
Profissão: Agricultor
Endereço: Bela Vista, Chorozinho
Fone:
Cidade: LG
Estado: PE
Procedência: S.R.
RG: CPF 062.152.024-64
Certidão de Nascimento:
Informante:
Parentesco: Ouvinte

Queixa do Paciente: Acidente de trânsito

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 sobre pulso D e. Refere que está vomitando e tontura. Chegou no Pronto Atendimento de ambulância.

Exame Físico: PA: 100x60 Pulso: Temperatura: Peso:
Apresentando edema na região de ACV e ABD
SaO2 97% FC 104 bpm

Exames Solicitados/ Realizados: Não disponível RX

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

Identificação do Médico:
Médico - CREMEPE

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/07/2020 15:30:43
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115304324400000062855996
Número do documento: 20070115304324400000062855996

Mudou-se | Recusado | Falecido
Desconhecido | Ausente | Endereço
Informação de porteiro/síndico | Não existe número/logradouro | Não procurado

Reclamado no serviço postal em _____

_____ Responsável

BANCO DO BRASIL

0594 16486492

DEVOLUÇÃO CULTURINGA

FAC

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

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/07/2020 15:30:43
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115304324400000062855996
Número do documento: 20070115304324400000062855996

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Tipo de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro na ASL: | CPF da vítima: 062 162 024 64 | Nome completo da vítima: JOSÉ ORVALDO DA SILVA

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: JOSÉ ORVALDO DA SILVA

Profissão: FEIRANTE | Endereço: RUA B | CPF: 062 162 024 64

Bairro: MORADA NOVA | Cidade: LAGOA GRANDE | Estado: PE | Número: 100 | Complemento:

E-mail: | CEP: 56395-000

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

RENDA MENSAL:

☒ RECEBO INFORMAL ☐ ATÉ R$1.100,00 ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (informar conta corrente ou poupança)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para contas abertas, exceto uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2991 (informar o dígito se existir) CONTA: 45458 (informar o dígito se existir) 9

AGÊNCIA: (informar o dígito se existir) CONTA: (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, da minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT. Afirmo ter direito, reconhecendo que o banco, desde já, está isento de responsabilidade pela efetivação do crédito, na falta do valor líquido.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE - PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, e na minha especialidade de perito médico legista (IML) para os fins do requerimento de indenização do seguro DPVAT por invalidez permanente, 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 o Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento do meu pedido de indenização do seguro DPVAT, por sequelas permanentes, com base na classificação apresentada, concordando, desde já, em que a seguradora líder arcará com os custos da segurança líder com verificação de existência e quantificação das lesões avaliadas médica ou monocrática ao direito de pleitear, conforme Lei 6.194/74 art. 4º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica.

MORTE

DECLARAÇÃO DE VÍNCULO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA 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 vítima deixou companheiro(a) informar o nome completo:

Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se deixou filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou cônjuge/companheiro(a)? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pais vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente que a Seguradora Líder pagará, caso devida a indenização do seguro DPVAT por morte, àqueles beneficiários que a lei prevê, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração falsa verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do art. 299 do Código Penal.

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

Nome: JOSÉ ORVALDO DA SILVA

CPF: 062 162 024 - 64

(*) Assinatura do(a) requerente ou Rogado

Assinatura da vítima/beneficiário(a) declarante

Data: 28 MAI 2019

1º | Nome:

CPF:

Grau de Parentesco

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima, beneficiário ou seu representante legal deverá escolher um dos quesitos e colocar cópia, valor a cópia, para anexar e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (dois) testemunhas maiores e capazes com perfeitas condições de entender e ser entendido, após o preenchimento e leitura.

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

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/07/2020 15:30:43
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115304324400000062855996
Número do documento: 20070115304324400000062855996

525702
0179504

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 215ª CIRCUNSCRIÇÃO - LAGOA GRANDE -
EP215ªCIRC 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 **10:00**

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 (VITIMA)

21 MAIO 2019

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 de(s) pessoa(s) envolvida(s)

JOSÉ ORIVALDO DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DE LOURDES PINHEIRO DA SILVA** Pai: **FRANCISCO PINHEIRO DA SILVA NETO** Data de Nascimento: **24/4/1987** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residencial: **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 no plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

ALLYSSON SANTOS LOPES (não presente no plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **DILÇA MARIA DOS SANTOS LOPES** Pai: **LAERCIO LOPES DA SILVA** Data de Nascimento: **6/7/1979** 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**

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/07/2020 15:30:43
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115304324400000062855996
Número do documento: 20070115304324400000062855996

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

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

Placa: **OVB1156** (BAHIA/VAZIRO) Chassi: **9C2KC1660CR023015**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

RELATA QUE TRANSITA CONDUZINDO O VEICULO, PLACA OVB1156, RENAVAM 01301622017, REGISTRADO PELO LOTEAMENTO BELA VISTA, QUANDO REPENTINAMENTE 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 URGENCIAS EM PETROLINA. A VITIMA TEVE ESCORIAÇÕES PELO CORPO E QUEBROU O PENO ESQUERDO.

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

JOSÉ ORIVALDO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **PAULINO BERNARDO NETO** - Matrícula **236699-3**

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE LAGOA GRANDE
280.990-0
21ª CIRCUNSCRIÇÃO

28 MAR 2019
Centro Segurança S/A

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/07/2020 15:30:43
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115304324400000062855996
Número do documento: 20070115304324400000062855996

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 **10:00**

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)
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): JOSE ORIVALDO DA SILVA

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

JOSÉ ORIVALDO DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DE LOURDES PINHEIRO DA SILVA** Pai: **FRANCISCO PINHEIRO DA SILVA NETO** Data de Nascimento: **24/4/1967** Naturalidade: **CURRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residencial: **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 no plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADA / 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/Espécie/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN EX2** Objeto apreendido: **Não**
Cor **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **QVB4169** (BAHIA/VITORIA DA CONQUISTA) Chassi: **9C2KC1670FR020619**

Complemento / Observação

RELATA QUE TRANSITA CONDUZINDO O VEICULO, PLACA OVB1156, RENAVAN 01281522017, REGISTRADO PELO LOTEAMENTO BELA VISTA, QUANDO REPETINAMENTE FOI ATINGIDO POR UM AUTOMOVEL SEMBOQUE NÃO PODE IDENTIFICAR O VEÍCULO QUE CAUSOU O ACIDENTE, FOI SOCORRIDO POR AMBULANCIA 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 PEMO ESQUERDO.

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

JOSÉ ORIVALDO DA SILVA
(VÍTIMA)

E.O. registrado por: CHARLES DOUGLAS DOS S. BATISTA - Matrícula: 221262-1

28 MAIO 2019

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Tipo de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro na ASL: | CPF da vítima: 062 162 024 64 | Nome completo da vítima: JOSÉ ORVALDO DA SILVA

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: JOSÉ ORVALDO DA SILVA

Profissão: FERRAGEIRA | Endereço: RUA B | CPF: 062 162 024 64

Bairro: MORADA NOVA | Cidade: LAGOA GRANDE | Estado: PE | Número: 100 | Complemento:

E-mail: | CEP: 56395-000

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

RENDA MENSAL:

☒ RECEBO INFORMAL ☐ ATÉ R$1.100,00 ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☒ CONTA POUPANÇA (somente para contas abertas, exceto uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2991 (informar o dígito se existir) CONTA: 45458 (informar o dígito se existir) 9

AGÊNCIA: (informar o dígito se existir) CONTA: (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, da minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT. Afirmo ter direito, reconhecendo que, desde já, sob pena de perdas e danos, a efetivação do crédito, a quitação total do valor devido.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE - PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Declaro, sob as penas da lei, e ciente da especificidade de apenas um valor de indenização (100%) por ocasião do requerimento de indenização do seguro DPVAT por invalidez permanente, que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IM - que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IMC que atende a região do acidente ou minha residência não realiza perícias para o Seguro DPVAT; ou

☐ O IMC que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito prosseguir com análise de meu pedido de indenização do seguro DPVAT, por sofrer lesões permanentes, com base na classificação apresentada, concordando, desde já, em que a seguradora avaliadora indicada pelo custo da seguradora Líder: para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74 art. 4º, e Dec. 61.867/67, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou eventual direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE INVÁLIDOS - PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

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 vítima deixou companheiro(a) informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se teve filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima exerceu atividade remunerada? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente que a Seguradora Líder pagará, caso devida a indenização do seguro DPVAT por morte, àqueles beneficiários que a lei prevê, nos termos da ordem estabelecida, sendo o único, ainda, de que qualquer omissão ou declaração falsa verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do art. 299 do Código Penal.

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

Nome: JOSÉ ORVALDO DA SILVA

CPF: 062 162 024 - 64

(*) Assinatura de quem pagou a boleto

Assinatura da vítima/beneficiário declarante

Assinatura do Representante Legal (se houver) | Assinatura do Procurador (se houver)

Testemunhas: 28 MAI 2019

1º | Nome: CPF:

Assinatura

2º | Nome: CPF:

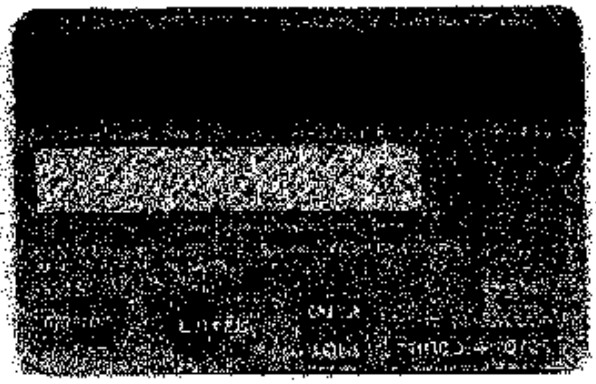
Assinatura

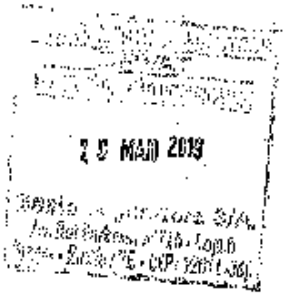
(*) A vítima, beneficiário não alfabetizado deverá escolher um procurador e legalizar, valer a cópia, para anexar e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (dois) testemunhas maiores e capazes com polegar direito e nome completo e endereço do interessado e contação, após o preenchimento obrigatório.

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

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/07/2020 15:30:43
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115304324400000062855996
Número do documento: 20070115304324400000062855996

CAIXA




25 MAIO 2019

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 1020 1590 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 01 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC 24 horas por dia, no telefone 0800 022 61 08. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Informe em todos os números o seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 30 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3L90348622 **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 do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%
Valor a indenizar: 12,50% x R$ 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.

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 1500 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para informações e urgências, entre em contato com o SAC 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 08. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 08. 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: 3L90348622 **Vítima: JOSE ORIVALDO DA SILVA**

Data do Acidente: 20/10/2018 **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

00256146

Carta nº 14006146

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consulta do andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 1020 1590 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 01 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC 24 horas por dia, no telefone 0800 022 61 08. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Ao entrar em contato, informe 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: 3L90348622 **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 citada acima na Lei Nº 6.194, de 1974.

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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 143717[illegible]

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 1590 (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 08. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 08.
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: 14/10/2018
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 do 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 como emenda 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

0270235

Carta nº 1437154

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: CCCCCC611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE DE VALDO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 0299

CONTA: 000000045438-5

Nº. de Autenticação 4860704962794863

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder
Consórcio de Seguros DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-01/9504/19

Vítima: JOSE ORDVALDO DA SILVA **Data do acidente:** 21/10/2018

CPF: 062.162.024-64 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** JOSE ORDVALDO DA SILVA

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de LMI
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 ORDVALDO 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

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: Isabely Antonia dos Santos Jirquilho
CPF: 106.719.051-70

Isabely Antonia dos Santos Jirquilho

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3 80345627 **Cidade:** Lagoa Grande **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JOSÉ ORTIVA DO DA SILVA **Data do acidente:** 24/ 0/2010 **Seguradora:** SINAF PREVIDÊNCIA CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA SUPERO-ANTERIOR DA DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). (CIT/6-C/34/35/38/41) 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%	Enquadramento leve - 25%	17,5%	R$ 2.362,50
		Total	**17,5%**	**R$ 2.362,50**

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: José Oswaldo da Silva
RG/CNH/CTPS: 7670558 **CPF:** 062 162 024-64
End: Rua B Nº 100 Morada Nova
Lagoa Grande - PE

Outorgado: Marcus Aurélio Albuquerque de Carvalho
RG/CNH/CTPS: 3907844 **CPF:** 772 989 954-72
End: Rua Constituição - 126 - Centro Branco
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: José Oswaldo da Silva - Natureza Invalidez
Data do Acidente: 24.10.2018

Lagoa Grande, PE de Maio de 2019

RECONHECO

28 MAIO 2019

José Oswaldo da Silva

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS DE LAGOA GRANDE

2º Substituto

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/07/2020 15:30:43
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115304324400000062855996
Número do documento: 20070115304324400000062855996

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-01/9504/19

Número do Sinistro: 3150348622

Vítima: JOSE ORDVALDO DA SILVA **Data do acidente:** 21/10/2018

CPF: 062.162.024-64 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** JOSE ORDVALDO 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.dpvatsegura.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: 772.559.954-72

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/05/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 452.294.574-00

Marta Marinho dos Santos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3 80345627 **Cidade:** Lagoa Grande **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JOSÉ ORTIVA DO DA SILVA **Data do acidente:** 24/ 0/2010 **Seguradora:** SINAF PREVIDÊNCIA CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA SUBTROCANTERIANA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). (CX/6-C/34/35/36/41) 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$ 2362,50
		Total	**17,5%**	**R$ 2362,50**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3 80345627 **Cidade:** Lagoa Grande **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JOSÉ ORTIVA DO DA SILVA **Data do acidente:** 24/ 0/2010 **Seguradora:** SINAF PREVIDÊNCIA CIA. DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura fechada do fêmur esquerdo

Descrição do exame físico: Vítima deambulando com muletas
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 05/11/2018

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 de máximo esforço.

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**

PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA GRANDE - PE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Hospital Municipal José Henrique de Lima

FICHA DE ATENDIMENTO DA EMERGÊNCIA

SUS

Registro nº: [illegible]
Data: 24/10/19
Hora: 18:35

Nome: José Oswaldo de Lima
Pai: Francisco Henrique de Lima
CNS:
Mãe: Maria de Lourdes Pereira da Silva
Naturalidade: Lagoa Grande
Sexo: M
D.N.: 1.04.82
Idade: 37
Estado Civil: Solteiro
Profissão: Agricultor
Endereço: Boa Vista, Chapadinha
Fone:
Cidade: L.G.
Estado: PE
Procedência: S.P.
RG: PE 062 162.0264
Certidão de Nascimento:
Informante:
Parentesco: Mesmo

Queixas do Paciente: Acidente de trânsito

Atendimento: ☐ Clínico ☐ Cirúrgico ☐ Pediátrico ☐ Obstétrico Fora:

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 [illegible] atropelou. S.C. Refere que está vomitando [illegible] S.C. Refere perda da consciência ou vômito. Chegou [illegible] consciente [illegible] do [illegible]

Exame Físico: PA: 100 x 60 Pulso: Temperatura: Peso:
Apresentou [illegible] na [illegible]
AR: AC.V + MBD [illegible]
Sat: 97% FC: 104 bpm

Exames Solicitados/Realizados: Não dos normais RX

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

Identificação do Médico:
Médico - CREMEPE

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/07/2020 15:30:43
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115304324400000062855996
Número do documento: 20070115304324400000062855996

SUS | Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS

2 - CNES: 6042414

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS

4 - CNES: 6042414

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: JOSÉ LINALDO DA SILVA

6 - CNS: 700921371[illegible]

9 - RG:

10 - C.P.F.: 621[illegible]

11 - NASCIMENTO: 21/05/1987

12 - SEXO: M

13 - RAÇA/COR: PARDA

14 - ETNIA:

15 - TELEFONE DE CONTATO:

16 - NOME DA MÃE: MARIA DE LOURDES PINHEIRO DA SILVA

17 - NOME DO RESPONSÁVEL:

18 - TELEFONE DE CONTATO:

19 - ENDEREÇO: RUA E, nº 136, MORADA NOVA

21 - CÓDIGO: 2600750

22 - UF: PE

23 - CEP:

22 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: LAGOA GRANDE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

24 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: [illegible]

25 - DOENÇAS QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: [illegible]

HJ - UNIVASF
CONFERE COM O ORIGINAL
Data: 30/04/12

26 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): [illegible]

28 MAR 2012

Marilia Vieira Gonçalves
Assistente Administrativo
HU - UNIVASF / EBSERH
SIAPE: 2204687

27 - DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

28 - CID 10 PRINCIPAL: S72.3

29 - CID 10:

30 - CID 10 ASSOCIADO:

1023

0308010019

PROCEDIMENTO SOLICITADO

31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

32 - CÓD. PROCEDIMENTO: 4080304[illegible]

33 - CLÍNICA:

34 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

35 - TIPO DO DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

36 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF): 46755[illegible]

37 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: GEORGE JAMES BATISTA DE OLIVEIRA

38 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 24/03/2012

39 - ASS. CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 13[illegible]

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

40 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
41 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
42 - DOENÇA DE TRABALHO

43 - CPF DA SEGURADO(A)

44 - Nº BILHETE

45 - SÉRIE

46 - CNPJ EMPRESA

47 - NOME EMPRESA

48 - CBOR

49 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) BRASIDEGADO ( ) SEGURADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

50 - NOME DO(A) AUTORIZADOR(A):

51 - CÓD. CNES:

52 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

53 - NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR):

54 - DATA AUTORIZAÇÃO:

55 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR (CARIMBO):

56 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 2[illegible]

EBSERH

Hospital de Ensino Dr. Washington Antonio de Barros
Endereço: Av. José de Sá Maniçoba, S/N   CNPJ: 05.440.725/0002-93
Cidade: Petrolina   Telefone: (87) 2101-6500

Ficha de Atendimento - Emergência NOX - [illegible]

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 51339489
Paciente: JOSE ORIVALDO DA SILVA
Mãe: MARIA DE LOURDES PINHEIRO DA SILVA
Endereço: RUA F, nº 166 / MORADA NOVA / LAGOA GRANDE (PE)
CNS: 700301971114733   Doc. Identificação: Nasc.: 21/04/1987   Idade: 31
Telefone: null-null

ANAMNESE DO MÉDICO

22:23h [illegible] Lagoa Grande [illegible] acidente motociclístico [illegible]
[illegible]
[illegible]
[illegible]
[illegible]
[illegible]
[illegible]
[illegible]
[illegible]
[illegible]

[illegible]
[illegible] politraumatizado [illegible] de colisão [illegible]
[illegible] dor e deformidade [illegible]

RX [illegible]
RX [illegible]

HU - UNIVASF CONFERE COM O ORIGINAL Data: 30/01/19

Ass. Paciente: ____________   Saída: __/__/____   Hora: ____

Hora: 2:41

HU, preserve-o, ele também é seu.

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/07/2020 15:30:43
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115304324400000062855996
Número do documento: 20070115304324400000062855996

Registro de Classificação de Risco
Protocolo de Manchester

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

Queixa Principal:	VIT IMA DE COLISÃO MOTO X CARRO - RESULTADO P/ ORTOPED A TRAT. 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 Imediato	MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos	URGENTE AMARELA Até 60 minutos
	POUCO URGENTE VERDE Até 120 minutos	NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos	BRANCO
Fluxo Interno:	ORTOPEDIA CIRURGIA		
Classificador:	ADRIANA SOARES DE LIMA LEANDRO	COREN / CRM: 273643	Horas e Min. Ch: Até 02:18:22:39:41
	Horas e Min. Cl: 24/10/2018 21:40:43		

Queixa Principal:			
Fluxograma:		Discriminador:	
Parâmetros:	Glicemia Capilar	Escala de Coma de Glasgow:	
	Pulso	Ritmo:	Sat. O2 (%):
	Temperatura Timpânica	Escala de Dor:	PA
Prioridade Clínica:	EMERGENTE VERMELHA Imediato	MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos	URGENTE AMARELA Até 60 minutos
	POUCO URGENTE VERDE Até 120 minutos	NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos	BRANCO
Fluxo Interno:			
Classificador:		COREN / CRM:	Horas e Min. Ch:
	Horas e Min. Cl:		

HU UNIVASF
COMPROVANTE ORIGINAL
Data: 24/10/19

Marcely Bispo Cavalcante
Assistente Administrativo
HU - UNIVASF / EBSERH
SIAPE: 2204587

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/07/2020 15:30:43
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115304324400000062855996
Número do documento: 20070115304324400000062855996

SOTE-SERVIÇO DE ORTOPEDIA ESPECIALIZADA
EM - 01/11/2018 08:38:14
GENOVEZ

GUIA : 1.010.898
USUÁRIO: DANIEL

FICHA DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

PACIENTE

Paciente : 286.687 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 02:37:05

Saída : 08 / 11 / 18 14:00

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

28 MAR 2019

ASSINATURA

SOTE - Serviço de Ortopedia e Traumatologia Especializada LTDA
Rua Um - D1 Alto da Maravilha - Juazeiro -BA- Tel.: (74) 3613-0666
Fax: (74) 3613 – 3639/ 3613 – 0667 CEP: 48.904-580 - CNPJ: 13.971890/0001-20

LAUDO CIRÚRGICO

PACIENTE: 286.637 - JOSE ORIVALDO DA SILVA Nº GUIA: 1.010.896
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 336 E 04 PARAFUSOS CORTICAIS 4,5MM
5) HEMOSTASIA
6) LIMPEZA COM 2L SF 0,9%
7) SUTURA COM NYLON SOB DRENO
8) CURATIVO

MATERIAL DE ORME

( ) 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
( ) 0702020856 - PLACA ANGULADA 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)

OUTROS NÃO COMPATÍVEIS/JUSTIFICATIVA:
USADO 5 PARAFUSOS CORTICAIS PARA FIXAR PLACA NO OSSO

Dr ROBERTO BASTOS DE ALENCAR FILHO
CRM-14.424-BA

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/07/2020 15:30:43
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115304324400000062855996
Número do documento: 20070115304324400000062855996

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

NOME: José Carvalho da Silva

CLÍNICA | ENFERMARIA | APARTAMENTO | DIAGNÓSTICO PRINCIPAL | DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO | LEITO | DIAS | REGISTRO | DATA: 6/11/18

HORÁRIO | EVOLUÇÃO ENFERMAGEM | ASSINATURA

motivo queixa

Recebo paciente em SRPA, consciente e orientado e orientado, Pulmão diminuído com FR com retração de pele, ausência de ruídos adventícios, abdômen hipotímico, ausência de ruídos hidroaéreos, ótico e orientado sem intercorrências. Revestido e liberado pela anestesia e a leito. Encaminhado à clínica cirúrgica aos cuidados da Enfermagem. [illegible]

Tempo de c.c. com gase h. cefa + Dreno de sucção [illegible]

Fechamento [illegible] camada de [illegible] [illegible]

Tempo de 1º sob c.c. [illegible]

Curativo de [illegible] de [illegible]

[illegible]

Enfermeiro [illegible]
Coren-BA [illegible]

Técnica de Enfermagem
COREN-BA [illegible]

HEMOSA

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

PACIENTE: José Carvalho da Silva
DESTINO: CTE
Nº BOLSA: [illegible]
ABO/Rh (BOLSA) O+ VALIDADE: [illegible]
ABO/Rh (PACIENTE): O+ RESP: [illegible]
DATA DO TESTE: 06/11/18 VOLUME(BOLSA) 275 ml
SOS 26247475

HORA	ESE	EVACUAÇÃO	S.R.G.	D.ADRENO	VÔMITO	PGT	BALANÇO

Num. 64037865 - Pág. 36
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/07/2020 15:30:43
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115304324400000062855996
Número do documento: 20070115304324400000062855996

SOTE

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

NOME: José Arnaldo da Silva | IDADE: 54 | REGISTRO: 25437 | DATA: 05/11/13

CLÍNICA: CC | ENFERMEIRA: [illegible] | ATENDIMENTO: | DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: | DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM: | LEITO: 7

HORÁRIO	EVOLUÇÃO ENFERMAGEM	ASSINATURA
06:00	Medicado com [illegible] + AB IV. Mantido [illegible] de 20ml. Mantido [illegible] + hidratação oral.	[illegible]
07:20	Bem [illegible]	
12:00	[illegible]	Luciana C. de Souza Técnica de Enfermagem COREN [illegible]
15:00	Entrado [illegible] SEDA [illegible] + [illegible] CPM + SEDA [illegible]	[illegible]
18:00	[illegible]	[illegible]

HORA	PA	PULSO	TEMP.	INGESTÃO	DIURESE	EVACUAÇÃO	B.N.G.	DRENO	VÔMITO	IST	BALÂNDRICO
06:00	130x10	96bpm	36.9								
10:00	Hipo	78	35.9								
15:50	120x80	78	36.3								

Num. 64037865 - Pág. 37

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/07/2020 15:30:43
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115304324400000062855996
Número do documento: 20070115304324400000062855996

SOTE

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

NOME: José Oswaldo da Silva

ENFERMARIA: 4

LEITO: 21

ATENDIMENTO: 2

DATA: 06/11/18

HORÁRIO	EVOLUÇÃO ENFERMAGEM	ASSINATURA
06:00	[illegible]	[illegible]
07:30	[illegible]	[illegible]
10	[illegible]	[illegible]

HORA	PRODUTO: C. HEMÁCIAS(X) PLASMA( ) PLAQUETAS( )
08:00	PACIENTE: José Oswaldo da Silva DESTINO: SOTE
08:30	Nº BOLSA: 9129918047005
	ABO/Rh (BOLSA): O+ VALIDADE: 06/11/18
	ABO/Rh (PACIENTE): O+ RESP: [illegible]
	DATA DO TESTE: 06/11/18

PRESS	FREQUÊNCIA	SRG	DIARREIA	VÔMITO	FGT	BALANÇO HÍDRICO

Num. 64037865 - Pág. 38

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/07/2020 15:30:43
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115304324400000062855996
Número do documento: 20070115304324400000062855996

Num. 64037865 - Pág. 39

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

SOTEP

NOME: [illegible] | ENFERMARIA | APARTAMENTO | ACOMODAÇÃO | CONVÊNIO | ATENDIMENTO | REGISTRO | DATA

HORÁRIO	EVOLUÇÃO ENFERMAGEM	ASSINATURA
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
07h	Paciente segue em internamento, em repouso no leito em pós-operatório de fratura em fêmur. Calmo, consciente, orientado, eupneico, normocorado, hidratado, com boa aceitação da dieta oferecida, abdome plano e flácido, indolor a palpação, diurese (+), evacuação ausente. Segue aos cuidados	[illegible]
10h00	Sendo medicado com [illegible]	
10h00	Sendo medicado com [illegible]	
	Terceira [illegible]	
19:05	Paciente [illegible]	
	[illegible]	
	Evoluindo [illegible]	

HORA	P.A.	PULSO	TEMP.	INGESTÃO	DIURESE	EVACUAÇÃO	S.N.G.	DIA DRENO	VÔMITO	SOL	SALINÓRICO
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]								
09:00	120 x 70	72	36,4°C		(+)	(-)					
12:00	120 x 80	80	36,5°C		(+)	(+)					
19h00	120 x 70	82	35,8°C	200 (ND)	(+)	(+)					

Marilia Assis de Jesus
Técnica de Enfermagem
COREN-BA 692.105

Marilia Assis de Jesus
Técnica de Enfermagem
COREN-BA 692.105

[illegible]
Enfermeiro
COREN-BA 233.915

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/07/2020 15:30:43
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115304324400000062855996
Número do documento: 20070115304324400000062855996

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA ESPECIALIZADA
SOTE

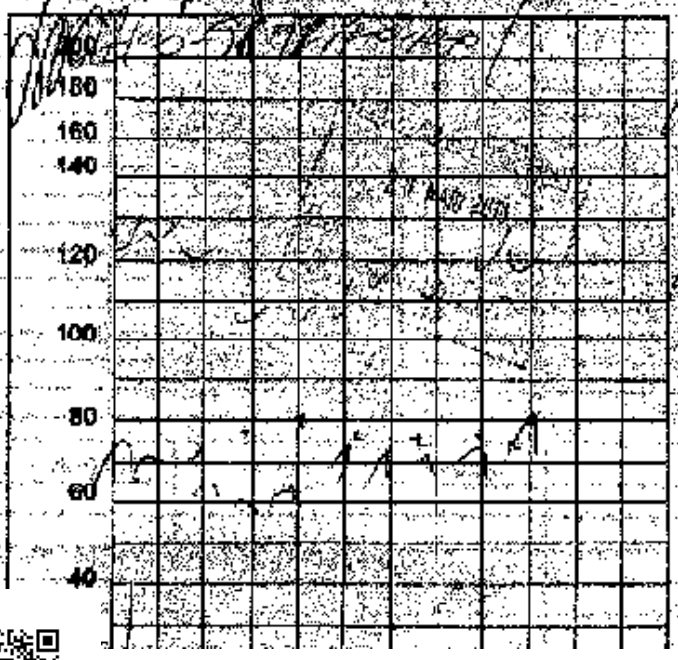
LAUDO CIRÚRGICO

PACIENTE: [illegible] REGISTRO: 286.632
CIRURGIÃO: Dr. [illegible] 1º AUXILIAR:
ANESTESISTA: Dr. [illegible] 2º AUXILIAR:
INSTRUMENTADOR:
DATA: 06/11/18 INÍCIO: TÉRMINO: DURAÇÃO:
DIAGNÓSTICO: [illegible] INTERVENÇÃO: [illegible]

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

LAUDO DE ANESTESIA

ANESTESIA INÍCIO: TÉRMINO: DURAÇÃO:
TIPO DE ANESTESIA: AGENTE: VOLUME:



MEDICAÇÃO DO C.C.

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/07/2020 15:30:43
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115304324400000062855996
Número do documento: 20070115304324400000062855996

sote

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

Nome do Paciente: José [illegible] da Silva

Nº do Registro: [illegible] | Data da Admissão: 01/[illegible]/18 | Enf/Apt: M | Nº do Leito: 1

DIA 01/[illegible]/18	DIA 02/[illegible]/18	DIA 03/[illegible]/18	DIA 04/[illegible]/18
MEDICAMENTOS / DOSE / VIA / HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

ATROS CIRURGICOS	ESPÉCIE DA ALTA	CONDIÇÕES DA ALTA	CONDUTA	PROCEDIMENTOS
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

ASSINATURA CARIMBO DO MÉDICO

Roberto [illegible] Alencar
Ortopedista
Trauma
CRM [illegible]

Num. 64037865 - Pág. 41

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/07/2020 15:30:43
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115304324400000062855996
Número do documento: 20070115304324400000062855996

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

SOTE

NOME	IDADE	REGISTRO	DATA
José Carvalho da Silva	31 A	266.63	12/11/12

QUARTO	ENFERMARIA	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	LEITO
3-C	4			1

HORÁRIO	EVOLUÇÃO ENFERMAGEM	ASSINATURA
19:00	[illegible]	José Claudio A. Araújo Téc. Enfermagem COREN-BA 1.313.239 [illegible] Téc. Enfermagem COREN-BA 1.313.239

HORA	P.A.	PULSO	TEMP.	INGESTÃO	SURESE	EVACUAÇÃO	S.N.G.	DIAGRENO	VÔMITO	HGT	BALHÍDRICO
19:30	120x90	76	35,7								

Num. 64037865 - Pág. 42

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/07/2020 15:30:43
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115304324400000062855996
Número do documento: 20070115304324400000062855996

SOTE

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

NOME: José Osvaldo da Silva

LEITO: 4

PRONTUÁRIO: 186-637

DATA: 01/11/20

HORÁRIO | EVOLUÇÃO ENFERMAGEM | ASSINATURA

HORA	P.A.	PULSO	TEMP.	RESPIRAÇÃO	DIURESE	EVACUAÇÃO	S.N.G.	DIA PRETO	VÔMITO	PICC	BALÃO/DRENO
20:30	90x50		37,9								

Num. 64037865 - Pág. 43

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/07/2020 15:30:43
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115304324400000062855996
Número do documento: 20070115304324400000062855996

CID 5724 Fulo de Fulano

sote

Av. Paulo Afonso, 01 - Alto da Maravilha

PRESCRIÇÃO MEDICA E CONTROLE DE ENFERMAGEM

Nome do Paciente

Nº do Registro | Data de Admissão | Enfermaria | Nº do Leito

DIA | DIA | DIA | DIA

MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	HORA			HORARIO	HORARIO

OUTROS CUIDADOS	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Num. 64037865 - Pág. 44

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/07/2020 15:30:43
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115304324400000062855996
Número do documento: 20070115304324400000062855996

SOTE

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

NOME: José Osvaldo da Silva

CÓDIGO	ENFERMARIA	LEITO	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	LEITO	DATA
C.C					3	04/11

HORÁRIO	EVOLUÇÃO ENFERMAGEM	ASSINATURA
14:50	HEMOBA PRODUTO: C. HEMÁCIAS(X) PLASMA( ) PLAQUETAS( ) PACIENTE: José Oswaldo da Silva DESTINO: CTE Nº BOLSA: 2399810570 03 ABO/Rh (BOLSA) O+ VALIDADE: 21/11/18 ABO/Rh (PACIENTE): O+ RESP: Laila DATA DO TESTE 03/11/18 VOLUME(BOLSA) 252 ml	Lucilda P. de Santana Téc. Enfermagem COREN 94853 Lucilda P. de Santana Téc. Enfermagem COREN 94853
	Sem sinais de reação hemolítica após 10 minutos de transfusão. Pressão arterial 13x5 mmHg. Foi feito uso de bolsa de gelo para controle da temperatura. Temperatura de 38,2 graus no momento.	Lucilda P. de Santana Téc. Enfermagem COREN 94853
	Após 5 minutos do início da transfusão apresenta calafrios e febre. Foi feito o bolsa de gelo sobre a fronte para melhora da febre. Tomado SS 20 ml EV.	Lucilda P. de Santana Téc. Enfermagem COREN 94853 Lucilda P. de Santana Téc. Enfermagem COREN 94853 Lucilda P. de Santana Téc. Enfermagem COREN 94853

HORA	PA	PULSO	TEMP.	MEDITAÇÃO
14:00	120x70	78	38,2	
14:30			37,2	

HEMOBA

PRODUTO:

C. HEMÁCIAS(X) PLASMA( ) PLAQUETAS( )

PACIENTE: José Osvaldo da Silva

DESTINO: CTE

Nº BOLSA: 2399810570 03

ABO/Rh (BOLSA) O+ VALIDADE: 21/11/18

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

DATA DO TESTE Laila VOLUME(BOLSA) 252 ml

DIURE	MCT	BAL. HÍDRICO

Num. 64037865 - Pág. 45
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/07/2020 15:30:43
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115304324400000062855996
Número do documento: 20070115304324400000062855996

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

NOME	IDADE	REGISTRO	DATA
[illegible]	31	[illegible]	[illegible]

LEITO	ENFERMARIA	HABITAÇÃO	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO
[illegible]	5			

HORÁRIO	EVOLUÇÃO ENFERMAGEM	ASSINATURA
16:15	[illegible]	[illegible]
16:30	[illegible]	[illegible]
16:00	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
17:40	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
18:10	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]

HORA	P.A.	PULSO	TEMP.	INGESTÃO	DIURESE	EVACUAÇÃO	S.N.G.	DIABETES	VÔMITO	HGT	BAL. HÍDRICO
16:05	60x40										
16:18	70x90										
16:30	80x50										
17:00	90x40							170 ml			
17:50	70x40										

Num. 64037865 - Pág. 46
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/07/2020 15:30:43
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115304324400000062855996
Número do documento: 20070115304324400000062855996

SOTE

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

NOME: José Osvaldo da Silva | IDADE: 31 | REGISTRO: 00 43 | DATA: 05/11/18

PRIM. | ENFERMARIA | APARTAMENTO | DIAGNÓSTICO PRINCIPAL | DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO | LEITO: 1

HORÁRIO	EVOLUÇÃO ENFERMAGEM	ASSINATURA
2:00	HEMOBA PRODUTO C. HEMÁCIAS( ) PLASMA( ) PLAQUETAS( ) PACIENTE: José Osvaldo da Silva DESTINO: UTIIC Nº BOLSA: 21204 0016011 ABO/Rh (BOLSA): O+ VALIDADE: 7/18 ABO/Rh (PACIENTE): O+ RESP: Leila DATA DO TESTE: 5/11/18 VOLUME(BOLSA): 164 ml	Termo de consentimento de transfusão assinado pelo paciente.
8:00	Sinais vitais dentro [illegible] com [illegible] + 10 [illegible]	

HORA	P.A.	PULSO	TEMP.	ASPECTO	DIURESE	EVACUAÇÃO	S.N.G.	DIA BRENO	VÔMITO	HGT	BALHIDRICO

Num. 64037865 - Pág. 47
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/07/2020 15:30:43
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115304324400000062855996
Número do documento: 20070115304324400000062855996

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

NOME: José Arnaldo da Silva | IDADE | REGISTRO | DATA

LEITO: 1 | 05/11/16

HORÁRIO	EVOLUÇÃO ENFERMAGEM	ASSINATURA
18:10	HEMOBA PRODUTO: C. HEMÁCIAS( ) PLASMA( ) PLAQUETAS( ) PACIENTE: José Arnaldo da Silva DESTINO: [illegible] Nº BOLSA: [illegible] ABO/Rh (BOLSA): O+ VALIDADE: [illegible] ABO/Rh (PACIENTE): O+ TIPAGEM: [illegible] DATA DO TESTE: [illegible] VOLUME (BOLSA): 284 ml	[illegible]
19:00	Paciente [illegible]	
20:25	Troca da 2ª Bolsa de concentrado de hemácias [illegible]	

HORA	P.A.	PULSO	TEMP.	INGESTÃO	DIURESE	EVACUAÇÃO	SALG.	DRENO	VOMITO	PE.	BAL. HÍDRICO
18:00	120x80		36.9								
20:20	110x80		36.6								

Num. 64037865 - Pág. 48
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/07/2020 15:30:43
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115304324400000062855996
Número do documento: 20070115304324400000062855996

SERVIÇO DE ESTÁGIO E PRÁTICA HOSPITALAR

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

NOME: José Oliveira da Silva

CLINICA | ENFERMARIA | APARTAMENTO | DIAGNOSTICO PRINCIPAL | DIAGNOSTICO SECUNDARIO | SEXO: M | IDADE: 26 | DATA: 02/11/07

HORÁRIO	EVOLUÇÃO ENFERMAGEM	ASSINATURA
02:00	Paciente consciente, orientado, [illegible]	
[illegible]	[illegible]	
[illegible]	[illegible]	
[illegible]	[illegible]	

HORA	P.A.	PULSO	TEMP.	INGESTÃO	DIURESE	EVACUAÇÃO	S.N.G.	DIÂMETRO	VÔMITO	HGT	DAL HIDRICO
02:00	150/70	80	35,9		+	+					
06:00	120x80	77	36,1°C		+	+					
13:40	110x70	60	36,6								
16:50			37,5°C								

Num. 64037865 - Pág. 49

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/07/2020 15:30:43
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115304324400000062855996
Número do documento: 20070115304324400000062855996

DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA	DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA

Num. 64037865 - Pág. 50

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/07/2020 15:30:43
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115304324400000062855996
Número do documento: 20070115304324400000062855996

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA HOSPITALAR
SOTE

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

NOME: José Orivaldo da Silva

CLÍNICA	ENFERMARIA	APARTAMENTO	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	IDADE	PRONTUÁRIO	DATA
C.C	4				51 a	260437	
					LEITO 1		02.01.18

HORÁRIO	EVOLUÇÃO ENFERMAGEM
06:00	Sendo medicado com 1 amp de [illegible] + 10 ml de [illegible]
07:00	Paciente segue [illegible]
	(+) RX [illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
11:40	Realizado [illegible]
	[illegible]
12:00	Sendo medicado com 1g de dipirona [illegible]
18:00	Sendo medicado com 1g de dipirona [illegible]
18:10	Paciente segue [illegible]
	[illegible] (+) RX [illegible]
	[illegible] (+) [illegible]
	Fluindo bem, [illegible] 1º jato S.F 0,9% de [illegible]

HORA	PA	PULSO	TEMP.	INGESTÃO	DIURESE	EVACUAÇÃO	S.H.D	DIÁLRENO	VÔMITO	HGT	BAL. HÍDRICO
08:30	20x70	80	36°C		(+)	(+)					
12:30					(+)	(+)					
18:10	120x80	78	37,1°C		(+)	(+)					

COREN-BAPE 35.17

Num. 64037865 - Pág. 51
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/07/2020 15:30:43
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115304324400000062855996
Número do documento: 20070115304324400000062855996

SOTE — Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Trabalho de Parto e Parto

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

NOME	IDADE	REGISTRO	DATA
José Orivaldo da Silva	34	296.637	

CLÍNICA	ENFERMARIA	APARTAMENTO	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	LEITO	
C.C	4				1	03/4/2016

HORARIO	EVOLUÇÃO ENFERMAGEM
06:00	Sendo medicado com 1º dia de dipirona + AD III
06:30	Realizado higiene corporal e oral, queixas no momento
	[illegible]
09:30	Paciente [illegible]
	[illegible]
12:00	Sendo medicado [illegible]
18:00	Sendo medicado [illegible]
19:00	Paciente [illegible]
	[illegible]
24:00	Sendo medicado [illegible]

HORA	FA	PULSO	TEMP	INGESTÃO	DIURESE	EVACUAÇÃO	S.N.G.	DIA DRENO	VÔMITO	HGT	BAL.HÍDRICO
06:00	100/60	45	36,1°C								
12:00	120/60	76	37°C								
18:00	120/80	80	37,7°C								
19:00	120/80	78	36,5								

Ana Claudia [illegible] Enfermagem

Luciele P. de Santana Técnica Enfermagem

24 MAR 2016

Num. 64037865 - Pág. 52

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/07/2020 15:30:43
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115304324400000062855996
Número do documento: 20070115304324400000062855996

DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA	DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA

Num. 64037865 - Pág. 53

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/07/2020 15:30:43
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115304324400000062855996
Número do documento: 20070115304324400000062855996

SOTE — SERVIÇO DE ATENDIMENTO À EMERGÊNCIA

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

NOME: José Avicalto da Silva | IDADE: 32 | ENFERMARIA: 4 | APARTAMENTO: | DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: | DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: | TO/DIF: 2hrs | PRONTUÁRIO: 286.637 | LEITO: 1 | DATA: 04/11/18

HORÁRIO	EVOLUÇÃO ENFERMAGEM	ASSINATURA
24hs	Recebe medicação com 01 amp. de dipirona + AD EV. Instalado soro de 0,9% usando Microgotas 20cc	[illegible]
06hs	Recebe medicação com 01 amp. de dipirona + AD EV. Usado 01 ampola de 20cc (Alta Clínica)	[illegible]

HORA	P.A.	PULSO	TEMP.	INGESTÃO	DIURESE	EVACUAÇÃO	S.N.G.	DÉB. DRENO	VÔMITO	BGT	SALIÚRICO
24hs	110X80	93bpm	36,9°C	—	+	—	—	—		—	

Num. 64037865 - Pág. 54

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/07/2020 15:30:43
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115304324400000062855996
Número do documento: 20070115304324400000062855996

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/07/2020 15:30:43
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115304324400000062855996
Número do documento: 20070115304324400000062855996

HOSPITAL SERVIÇO DE URGENCIA LDPA
EM - 06/11/2018 : 6:26:48
REL - GINT014

Prescrição Médica

286.637 Prontuário
006.562 Prescrição

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

Clínica :

Prontuário	Nome	Nasc: 21/04/1987	Idade - 31a 7m
286.637	Leito : ENFERMARIA 4 F	Convênio : SESAB	

APRAZAMENTO — OBSERVAÇÃO

	18	19	20	21	22	23	00	01	02	03	04	05	06
DESCANSO													
RELATIVO													
DIETA													
LIVRE						20							
SOLUÇÃO													
SOL FISIOLOGICA 0,9%, Volume-500 ML, Equipo-EQUIPO MACRO GOTAS, Bolsa-vazio-/ GOTAS/MIN													
CONTROLE													
MEDICAÇÃO													
TENOXICAM 40 MG AMP, Qtidade-1, Diluente-AGUA DESTILADA - 10 ML, Posologia-1X/ DIA, Via de Administração-IV, Multiplo-S/N													
[illegible]													
DIPIRONA 500 MG 2ML, Qtidade-1, Diluente-AGUA DESTILADA - 10 ML, Posologia-6/6 H, Via de Administração-IV													
[illegible] Posologia-8/8 H, Via de Administração-IV, Suspenso-S/N													
EXAMES SOLICITADOS													
PX SOB ILE													
OBSERVAÇÃO													

Peso Altura : IDM :
VET Estimado VET Ofertado PTN Estimado PTN Ofertado VET GND PTN GND

ROBERTO BRAGA DE ALENCAR FILHO
CRM [illegible]

Aprazamento

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/07/2020 15:30:43
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115304324400000062855996
Número do documento: 20070115304324400000062855996

SOTE

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

NOME: José Umvaldo da Silva

CLÍNICA	ENFERMARIA	APARTAMENTO	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	LEITO	DAUL	REGISTRO	DATA
CC	4					2m		01/07/20

HORÁRIO	EVOLUÇÃO ENFERMAGEM	ASSINATURA
21:00	Paciente apresentando hipotensão, sem sinais de choque. PA 90/50 mmHg.	COREN-PE 210.975
21:30	Paciente apresentando discreta melhora da hipotensão, apresenta hipertermia (38,7°C) mantendo taquicardia, sem alterações.	COREN-PE 210.975
22:30	Paciente apresentando melhora da hipotensão (PA 110x60 mmHg) temperatura e taquicardia (98 c/m) mantem estabilidade, sem alterações.	COREN-PE 210.975
23:00	Paciente evolui com PA 80x50 e taquicardia (c/ 120/m)	COREN-PE 210.975

HORA	P.A.	PULSO	TEMP.	INGESTÃO	DIURESE	EVACUAÇÃO	S.U.G.	DIÁLOREMO	VÔMITO	HGT	BAL. HÍDRICO
19:40	80/50	94									
20:35	80/50	90	37,5					250 ml			
21:30	90/60	92	38,4								
22:30	110/60	98	38,2								

Num. 64037865 - Pág. 56

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/07/2020 15:30:43
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115304324400000062855996
Número do documento: 20070115304324400000062855996

EM - 07/11/2018 11:05:58
RCL - GINT014

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

Prescrição Médica

286.537
Prontuário

006.566
Prescrição

...gia :

Prontuário	Nome	: JOSE CRIVALDO DA SILVA	Nasc. : 21/04/1967	Idade - 31a 7m
286.537	Leito	: ENFERMARIA 4-1	Convênio: SESAB	

	APRAZAMENTO												OBSERVAÇÃO
	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06	08	
...POUSO													
RELATIVO													
...ETA													
LIVRE													
...OLUÇÃO													
SOL FISIOLOGICA 0,9%, Volume-500 ML, Frequência-ITRO MACRO GOTAS, Intervalo-1 GOTAS/MIN					18								
...ONTROLE													
...EDICAÇÃO													
TENOXICAM 40 MG AMP, Qtdade-1, Diluente-AGUA DESTILADA 10 ML, Posologia-1X/ DIA, Via de Administração-IV, Motivo-S/N SN													
CEFALOTINA 1G, Qtdade-1, Diluente-AGUA DESTILADA 10 ML, Posologia-6/6 H, Via de Administração-IV											06		
DIPIRONA 500 MG 2ML, Qtdade-1, Diluente-AGUA DESTILADA - 10 ML, Posologia-6/6 H, Via de Administração-IV							24		20		02		
TRAMADOL CL 100MG INJETAVEL 2ML, Qtdade-1, Diluente-SOL. FISIOLOGICA 0,9%-500ML, Posologia-6/6 H, Via de Administração-IV, Suspenso-S/N SN													
...XAMES SOLICITADOS													
RX COND IDEL													
...BSERVAÇÃO													

Peso: Altura: ICM:

VET Diarreia: VET Obstipado: PTN Elevada: PTN Diarreia: VET SNO: PTN SNO:

ROBERTO BASTOS DE ALENCAR FILHO
CRM 14.429

Aprazamento

Digitado: SIMONE DA SILVA CARNEIRO GALVÃO

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/07/2020 15:30:43
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115304324400000062855996
Número do documento: 20070115304324400000062855996

SERVIÇO DE ATENDIMENTO PRONTO SOCORRO SOTE

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

NOME: José Osvaldo da Silva | IDADE: 32 | REGISTRO: 296637 | DATA: 07/11/18

CLÍNICA: 20 | ENFERMARIA: 4 | ESTABELECIMENTO: | DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: | DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: | LEITO: 1

HORÁRIO	EVOLUÇÃO ENFERMAGEM	ASSINATURA
07:20	Recebe em pós-operatório de Fratura de Ossos da perna. Orientado, consciente, colaborador, queixa-se de dor local, avaliada, sedativo, hidratado, oxigenoterapia, acompanhado, deambulando com muletas com auxílio, alimentando-se bem, diurese e evacuação presente, curativo em perna direita limpo, drenos em leito cirúrgico.	Luciano P. de Santana Téc. Enfermagem COREN-BA
08:00	Sendo avaliado em leito, sem alterações.	Luciano P. de Santana Téc. Enfermagem COREN-BA
09:05	Recebe medicação dentro do prazo.	
09:00	Recebe higiene pós-cirúrgica e sendo avaliado em leito de forma geral, sem alterações evidenciadas.	Luciano P. de Santana Téc. Enfermagem COREN-BA
12:00	Sendo avaliado em leito de repouso e sem alterações.	Luciano P. de Santana Téc. Enfermagem COREN-BA
14:00	Sendo avaliado em leito de repouso e sem alterações.	Luciano P. de Santana Téc. Enfermagem COREN-BA
17:00	Sendo avaliado em leito de repouso e sem alterações.	Luciano P. de Santana Téc. Enfermagem COREN-BA
19:05	Encontra-se leito em repouso e sem queixas. Sinais vitais, hidratação, medicação, curativo, monitorizado, obs. [illegible] e cuidados a paciente, alimentação sem queixas, se [illegible] sem alterações.	Daniela Lucena Silva Enfermeira COREN-BA 271.974
20:00	Sendo avaliado em leito sem alterações. EVA 10.	Daniela Lucena Silva Enfermeira COREN-BA 271.974

HORA	PA.	PULSO	TEMP.	INGESTÃO	DIURESE	EVACUAÇÃO	S.N.G.	DIA DRENO	VÔMITO	HGT	BALÂNCIO
10:00	120x80	70	36°C								
14:30	120x70	68	36°C								
19:05	120x80	70	36°C								

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/07/2020 15:30:43
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115304324400000062855996
Número do documento: 20070115304324400000062855996

SOTE

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

NOME: José Quintino da Silva

QUARTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	IDADE	REGISTRO	DATA
						LEITO	03/11/15

HORARIO	EVOLUÇÃO ENFERMAGEM	ASSIMATURA
02:00	[illegible]	Larissa de Souza Pereira Enfermeira COREN-SE 1.398.531
04:00	Paciente [illegible] limpo e seco, [illegible]	Bruno Bravo Silva Enfermeiro COREN-SE 1.398.531
07:00	Paciente [illegible] em pós-operatório em [illegible] Abdomen [illegible] drenos [illegible] limpo e seco [illegible] Consciente, orientado, deambulando, [illegible] Estado [illegible] ausculta [illegible] acianótico, afebril, tórax simétrico, abdomen [illegible] e palpação [illegible] presente, [illegible] Diurese [illegible] higiene corporal satisfatória, [illegible] Queixa-se, segue sob [illegible]	Martha Assis de Jesus Técnica de Enfermagem COREN-SE 692.195
08:00	Sendo medicado com [illegible]	Martha Assis de Jesus Técnica de Enfermagem COREN-SE 692.195
12:00	Sendo medicado com [illegible]	Martha Assis de Jesus Técnica de Enfermagem COREN-SE 692.195
14:00	Sendo medicado com [illegible]	Martha Assis de Jesus Técnica de Enfermagem COREN-SE 692.195
14:15	Retirado Dreno de Sucção de Penrose [illegible]	[illegible]

HORA	P.A.	PULSO	TEMP.	INGESTÃO	DIURESE	EVACUAÇÃO	S.N.G.	DIA DRENO	VÔMITO	HGT	BAL. HÍDRICO
08:00	110x60	78	37,3°C								
12:00	120x80	80	36,6°C								

HEMOBA

SOLICITAÇÃO DE TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES

STH
Rev.1

Hospital: SOTE
Data: 19/11/20 Hora: 20:30
Paciente (legível): JOSÉ CARVALHO DA SILVA
Cartão SUS:
Unidade / Enfermaria: 4
Prontuário: 1
Cartão SUS: 1 [illegible]

Endereço de residência do paciente: [illegible] – [illegible]
Nº: 100
Bairro: [illegible]
CEP:
Estado de origem: PE
Município de origem: [illegible]
IBGE (município):
Código de Etnia (povos indígenas):

Nascimento: 21/06/[illegible]
Sexo: M
Raça: [illegible]
Peso: 72,5 kg
Altura: 1,66 m
TIPAGEM: A+ [illegible]
Diagnóstico: [illegible]
Indicação transfusional: ANEMIA
Antecedente transfusional? ☐ não ☐ sim quais
Antecedente obstétrico? ☐ não ☐ sim
Reação transfusional prévia? ☐ não ☐ sim especificar

Fenotipagem (indicar apenas antígenos negativos conforme prontuário)

Produto	Nº unidades ou volume (mL)	Processo de irradiação e/ou lavado no hemocomponente
☐ CONCENTRADO DE HEMÁCIAS	02	☐ aliquotagem ☐ filtração ☐ irradiação ☐ lavagem
☐ PLASMA FRESCO		☐ aliquotagem
☐ CONCENTRADO DE PLAQUETAS		☐ aliquotagem ☐ filtração ☐ irradiação
☐ CRIOPRECIPITADO		

Modalidade da transfusão: ☐ Programada ☐ Rotina (em até 24h) ☐ Urgência (em até 3h) ☐ Emergência (tempo de transfusão estimado é vida)
Observações:

Produto	Produto	Produto	Produto
Data/Hora	Data/Hora	Data/Hora	Data/Hora

Nome completo solicitante (legível) – CRM/ER + assinatura
OU
carimbo (legível) + assinatura

Responsável pela coleta (assinatura legível)

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES, NEFROLOGIA

[illegible]

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA TRANSFUSÃO DE EMERGÊNCIA

[illegible]

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELA UNIDADE REQUISITANTE (letra legível)

Hospital: 19 NOV 2019
Data:
Hora:
Paciente (legível):
Unidade/ Enfermaria:

Produto	Nº unidades ou volume (mL)	Processo de irradiação e/ou lavado no hemocomponente
☐ CONCENTRADO DE HEMÁCIAS		☐ aliquotagem ☐ filtração ☐ irradiação ☐ lavagem
☐ PLASMA FRESCO		☐ aliquotagem
☐ CONCENTRADO DE PLAQUETAS		☐ aliquotagem ☐ filtração ☐ irradiação
☐ CRIOPRECIPITADO		

Médico solicitante: [illegible]
Data: 20/11/19
Hora: 21:40

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/07/2020 15:30:43
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115304324400000062855996
Número do documento: 20070115304324400000062855996

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA ESPECIALIZADO LTDA

SOTE

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE

Nome: José [illegible] Prontuário: [illegible] Enfermaria: Leito: [illegible]

Procedimento Cirúrgico: [illegible] Data: [illegible] Hora: [illegible]

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	REGISTRO
1. Padrão Alimentar Nível ( ) Aumentado ( ) Diminuído	( ) Solicitar avaliação nutricional	[illegible]
	( ) Registrar ingestão alimentar diária ( ) Outros	
2. Padrão de eliminação urinária ( ) Nível ( ) Aumentado ( ) Diminuído	( ) Registrar ocorrência de disúrias de eliminação urinária-disúria ( ) Hematúria ( ) Incontinência ( )	
	( ) Medir volume de diurese (/)	
	( ) Outros	
	( ) Descrever as características da lesão	
	( ) Realizar curativo	
	Local: Tipo:	
3. Integridade tecidual prejudicada ( ) Local:	( ) Realizar mudanças de decúbito de h	
	( ) Observar condições da pele após o uso de PVPI	
	( ) Manter pele limpa e seca	
	( ) Lavar pele e manter lubrificada após uso do PVPI ou se estiver ressecada	
	( ) Outros	
4. Dor ( )	( ) Registrar alterações de sinais vitais	
Aguda ( ) Crônica ( ) Local:	( ) Registrar intensidade da dor	[illegible]
	( ) Observar fatores que agravam e aliviam a dor através da expressão facial	
	( ) Auxiliar no posicionamento do corpo / membro	
	( ) proporcionar ambiente calmo e repousante	
	( ) Outros	
5. Sangramento ( )	( ) Aferir pressão arterial	
Local: ( ) Leve ( ) Moderado ( ) Severo	( ) 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.Q	
	( ) Registrar aspecto e débito do líquido drenado em coletores e sonda	
	( ) Outros	
	( ) Registrar balanço hídrico a cada / h	
	( ) Avaliar e registrar umidade de mucosa	
7. Desidratação ( )	( ) Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária	
	( ) Registrar turgor e elasticidade da pele	

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/07/2020 15:30:43
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115304324400000062855996
Número do documento: 20070115304324400000062855996

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	Horário
08. Ânsia ( ) Náusea ( )	( ) Registrar aspecto e frequência	
	( ) Manter decúbito lateral ou horizontal com a cabeça levantada	
	( ) Verificar posicionamento da SNG / SNE	
	( ) Outros	
09. Temperatura Corporal Nível: ( ) Aumentado ( ) Aumentado	( ) Aferir temperatura de ____ h / comunicar se axilar 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 at leito prejudicada ( )	( ) Posicionar dreno no leito conforme paciente	
	( ) Avaliar mobilização do dreno (traqueostomia) / avaliar mobilização do dreno (traqueostomia)	
	( ) Manter repouso no leito ou poltrona	
	( ) Outros	
11. Edema ( ) Local: _____	( ) Realizar balanço hídrico a cada ____ h	
	( ) Registrar presença de inflamação/infecção ( ) Outros	
12. Risco para glicemia Nível: ( ) Aumentado ( ) Diminuído	( ) Aferir e registrar HGT de ____ h	
	( ) Outros	
13. Risco para infecção ( )	( ) Aferir sinais vitais	Motina
	( ) Registrar presença de sinais flogísticos locais	
	( ) Examinar FO e registrar alterações	
	( ) Promover tratamento de contato - SN	
	( ) Trocar fixação da SVD de ____ h - SN	
	( ) Limpar a área de inserção dos acessos venosos com álcool a 70% e colocar com micropore	
	( ) Limpar a área de inserção do dreno com clorexidina e retirar com SF 0,9% e colocar com gaze e micropore	
	( ) Outros	
14. Padrão de Eliminação Intestinal Nível: ( ) Aumentado ( ) Diminuído	( ) Orientar e estimular ingestão hídrica	
	( ) Estimular exercícios físicos regulando ingestão	
	( ) Registrar frequência e características da eliminação intestinal	
	( ) Registrar ausência de eliminações intestinais	
	( ) Outros	Registrar

7 2 MAR 2019

Maria Tereza Da Silva
Enfermeira
COREN-PA 139[illegible]

FO - Ferida Operatória FC - Frequência Cardíaca FR - Frequência Respiratória SNG - Sonda Nasogástrica SN - Se necessário
SNE - Sonda Nasoentral SVD - Sonda vesical de demora HGT - Hemoglicotest PVPI - Polivinil Pirrolidona Iodada

Rosa Pacana Silva
Enfermeira
COREN-PA 229.[illegible]
ASSINATURA E CARIMBO
ENFERMEIRO / DIURNO E NOTURNO

Tec. de Enfermagem
COREN-PA 54865-TE
ASSINATURA E CARIMBO
TÉCNICO EM ENFERMAGEM / DIURNO E NOTURNO

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/07/2020 15:30:43
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115304324400000062855996
Número do documento: 20070115304324400000062855996

SOTE - Serviço de Ortopedia e Traumatologia Especializada LTDA
Rua Dr. C. Alto da Maravilha - Juazeiro - BA - Tel.: (74) 3613-8888
Fax: (74) 3613 – 8869 / 3613 – 8867 CEP 48.904-580 - CNPJ: 13.971.990/0001-00

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 NOV 2018
10/12/2018

Tempo de afastamento previsto

180 DIAS

Dr ROBERTO BASTOS DE ALENCAR FILHO
CRM 14.424-BA

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/07/2020 15:30:43
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115304324400000062855996
Número do documento: 20070115304324400000062855996

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

Data: 31/10/2018
Hora: 12:18:46
Pág: 1

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIAS

Código: [illegible] **Abertura:** 31/10/2018 12:02
Paciente: JOSE RIVALDO DA SILVA - Idade: [illegible] - Sexo Masculino
Central Reg.: CENTRAL DE REGULAMENTAÇÃO INTERESTADUAL DE LEITO **Unid. Origem:** HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE PETROLINA - PE
Município: Petrolina **Especialidade:**
Motivo da Solicitação: [illegible] Ortopedia - Geral
Complemento da Solicitação: SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO PARA A SUTE [illegible] 31/10/2018 12:02:52)
[illegible] 31/10/2018 [illegible])
Resumo Clínico: [illegible] - RELATORIO MEDICO
HISTORICO DA ADMISSÃO: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO FRATURA OSTEOSSINTESE DIAFISEA DE FEMUR DO MIE
- EVOLUÇÃO: EVOLUI COM QUADRO CLINICO ESTAVEL.
AGUARDANDO OPERAÇÃO ORTOPEDICA
- DADOS VITAIS:
PCSS
FR:17
[illegible]
PA:[illegible]
TEMPERATURA:[illegible]
- OUTRAS INFORMAÇÕES
Sem [illegible]
SUPLEMENTO [illegible]
GLASGOW:15
- MEDICAMENTOS EM USO:
Sem DROGAS VASOATIVAS
Sem SEDATIVOS
Sem ANTIBIOTICOS
Sem [illegible]
- RESULTADO AUDIO DE OUTROS EXAMES:
ECG Sem Exame
Ecocardio Sem Exame
RX FRATURA DE FEMUR ESQUERDO
USG Sem Exame
TC Sem Exame
RNM Sem Exame
Sem Outros Exames
QUADRO HEMODINAMICO Sem [illegible]
TRANSPORTE [illegible]
MEDICO RESPONSAVEL TRANSPORTE ARTUR SILVA SANTOS, [illegible]
19979 / CRM/BHE
[illegible] 31/10/2018 [illegible]

21 MAI 2019

Hipótese do Diagnóstico (CID)
S72.3 FRATURA SUBTROCANTERIANA DE FEMUR

Encaminhamento
[illegible] Mod. Solic.: Internação Ortopedia - Geral
OTB - JIRAOLIRO - 34
Ret. Reg.: LUCAS LOPES LIBÓRIO Ambulância
[illegible]: Atendido
[illegible]: Não Acompanhado

Rec 22 e 33

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/07/2020 15:30:43
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115304324400000062855996
Número do documento: 20070115304324400000062855996

Ministério Público do Estado da Bahia
Ministério Público do Estado de Pernambuco
Complexo Regulador Interestadual

Data: 24/10/2018
Hora: 19:46:11
Pág: 1

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIAS

Nº: 2273607 **Abertura:** 24/10/2018 19:07
Usuário: JOSÉ ARNALDO DA SILVA - Nível: 313 - Setor: Pernambuco

Nº Reg.: CENTRAL DE REGULAÇÃO INTERESTADUAL DE LEITO **Unid. Origem:** HOSPITAL JOSÉ HENRIQUE DE LIMA - LAGOA GRANDE - PE
Município: Lagoa Grande **Localidade:**
Tipo da Solicitação: Internação Ortopédica - Fratura do Fêmur
Complemento da Solicitação: AUTORIZO TRANSFERÊNCIA PARA HUCG/UPE COM RETENÇÃO DE MACA.
VAGA ZERO. (Maria Isabella Costa Calou e Sá - Nº Guia: 30946 - CBS - 24/10/2018 10:17:20)

Dados Clínicos: [illegible] - RELATÓRIO MÉDICO
- DIAGNÓSTICO CLÍNICO/DESCRIÇÃO: acidente, [illegible]
[illegible] dia entrada na unidade com [illegible] as escoriações em região de face, glasgow 15, acidente, [illegible] dor intensa em MIE (perna esquerda)
EVOLUÇÃO: acidente [illegible] com [illegible] com carbamazepina, e [illegible] acentuados (dor intensa [illegible] e sudoerese, [illegible] e pegajosa.
ACV, AR e ABD: [illegible] dificuldade [illegible] de mobilização [illegible] e [illegible] fratura [illegible] fêmur
Local: [illegible] de coxa,
Fóvea [illegible] fêmur E ?
Hipotensão ABEV
[illegible] volume pregressa e [illegible]
[illegible] de radiografia e outros exames
[illegible] sem [illegible] de volume.
- DADOS VITAIS:
FC:80
FR:08
PAS:90
PAD:50
TEMPERATURA:37,2
- MAIS INFORMAÇÕES:
SAT:02:99
EUP: VENTILAR Ambiente
[illegible]
- MEDICAMENTOS EM USO:
Sem DROGAS VASOATIVAS
Sem SEDATIVOS
Sem ANTIBIÓTICOS
OUTROS MEDICAMENTOS analgesia/sedação e [illegible]
- RESULTADO/LAUDO DE OUTROS EXAMES
RX: Sem Exame
Ecografia: Sem Exame
RX: Sem Exame
USG: Sem Exame
TC: Sem Exame
RNM: Sem Exame
Sem Outros Exames
OBJETIVO DA SOLICITAÇÃO: Sem informação
MÉDICO RESPONSÁVEL: ADENILSA DIAS DE SOUSA - Nº Conselho: [illegible]
Informado por: Flávia Gabriele Ferreira da Conceição - HRVJHL em 24/10/2018 19:07:27

28 MAIO 2019

Decisão Diagnóstica (CID)
FRATURA DO FÊMUR, PARTE NÃO ESPECIFICADA

Direcionamento
24/10/2018 19:17 Mot. Solic.: Internação Ortopédica - Fratura do Fêmur
DESTINO: HRVJHL - LAGOA DE PEDRO LIMA - PE
Resp.: MARIA ISABELLA COSTA CALOU E SÁ Ambulância:
Prioridade: Alta Prioridade
Vaga Não Acomodada

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/07/2020 15:30:43
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115304324400000062855996
Número do documento: 20070115304324400000062855996

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

Data: 16/11/2018
Hora: 15:44:44
Pag: 1

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIAS - HISTÓRICO

Código: 2151255 **Abertura:** 31/10/2018 12:02 **Fechamento:** 31/10/2018 12:13 **Código Inicial:** 2229419

Paciente: JOSE ORIVAN DO DA SILVA - Idade: 33a. - Sexo Masculino

Central. Reg.: CENTRAL DE REGULAÇÃO INTERESTADUAL DE LEITO **Unid. Origem:** HOSPITAL UNIVERSITÁRIO 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 - CRL - 31/10/2018 12:12:55)

Resumo Clínico: ========== RELATÓRIO MÉDICO
- HISTÓRICO DA ADMISSÃO: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO FRATURA SUBTROCANTÉRICA DE FÊMUR DO MEC
- EVOLUÇÃO: EVOLUI COM QUADRO CLÍNICO ESTÁVEL, AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA
- SINAIS VITAIS:
FC:88
FR:17
PAS:10
PAD:80
TEMPERATURA:35,5
- 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 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.: 13672 / 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 12:02:52

Mod. Coloc.: Internação Ortopédica - Geral
Ambulancia

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

10 MAI 2019

EM - 01/11/2016 01:37:58
REL - PACI042

Nº Guia : 1.010.869

FOLHA DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

PACIENTE

Paciente : 286.637 - JOSE ORIVALDO DA SILVA
DT Nasc : 21/04/1967 Idade : 31a 9m 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 : 56.306-000

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 : 01/11/2016 02:37:05
Dias Autorizados : 03 Ala :
Observação : ACIDENTE DE MOTO
Proc Principal : 05 CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURA FECHADA DE MEMBROS
Matrícula : 162128710600006 CNS : 162128710600006

Observação : _____

EXAMES CLÍNICOS

ACIDENTE DE MOTO HÁ 8 DIA CID S72
2/3 do Fêmur E
FRATURA SUB TROC do Fêmur (E)
ANEMIA + Cegueira
HAS de 5 anos
Pacientes E Cm

Ass. Residente : _____

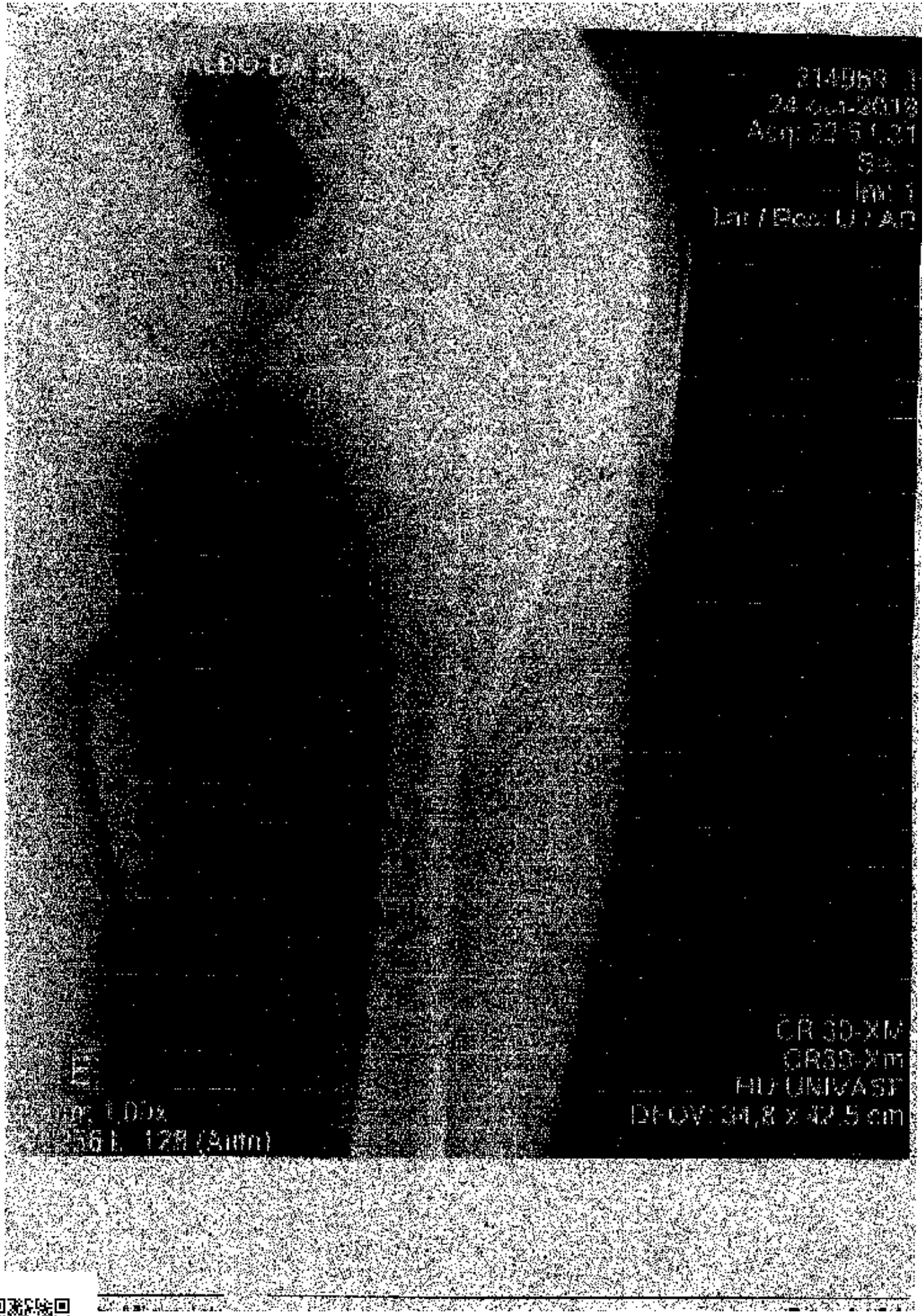
Diagnóstico Provisório : Fratura Fêmur (E)

Diagnóstico Definitivo : _____

Alta Hospitalar em : 04/11/2016

Ass. Médico Assistente

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/07/2020 15:30:43
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115304324400000062855996
Número do documento: 20070115304324400000062855996



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/07/2020 15:30:43
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115304324400000062855996
Número do documento: 20070115304324400000062855996

Prefeitura Lagoa Grande — SESAU — SUS

RECEITUÁRIO

29 MAIO 2018

UNIDADE DE SAÚDE:

NOME: Laudo médico REGISTRO Nº

José Guilherme da Silva, 32 anos, apresentou queda traumática no membro superior esquerdo ocasionando a evidente malformação ocorrida na data de 25/10/18 onde sofreu fratura 1/3 proximal do úmero esquerdo necessitando a função imediata com parafuso e placa. Atrasado e de debilidade relevante, o que encontra-se de alta definitiva.

DATA: 15/5/19

Dr. Marcos R. Santos
Ortopedista
CRM-MT 2456

ASSINATURA E CARIMBO

Prefeitura Lagoa Grande

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DE LAGOA GRANDE - PE

SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde:

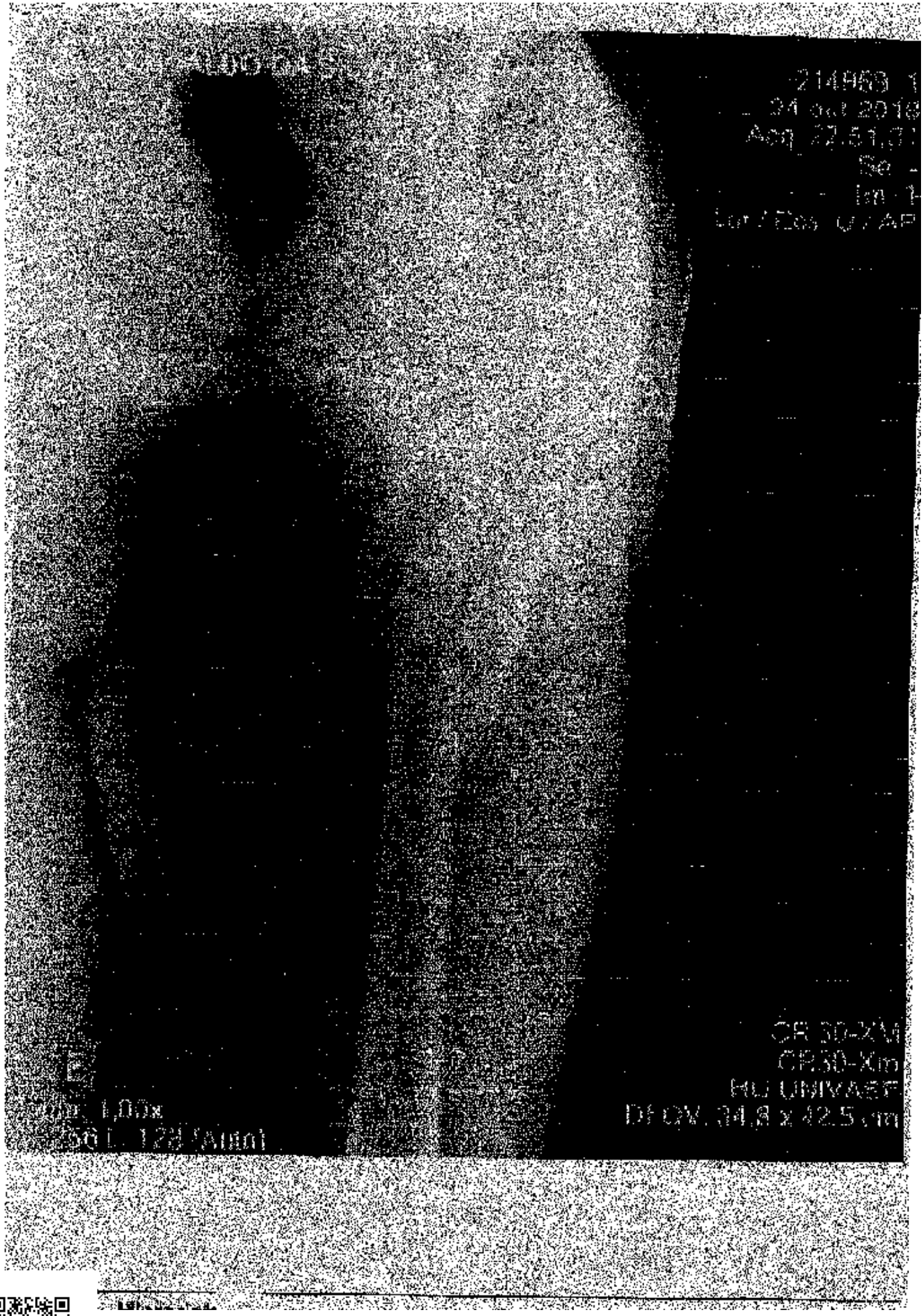
Nome: [illegible] Registro Nº

José Orivaldo da Silva, apresenta-se com histórico de Surto de Fauna esquizofrênico de 20 anos, dar de afastamento do trabalho à partir de 08.11.18.

DATA: 14.11.18

Assinatura e Carimbo

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/07/2020 15:30:43
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115304324400000062855996
Número do documento: 20070115304324400000062855996



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/07/2020 15:30:43
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115304324400000062855996
Número do documento: 20070115304324400000062855996

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3 80345627 **Cidade:** Lagoa Grande **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JOSÉ ORTIVA DO DA SILVA **Data do acidente:** 24/ 0/2010 **Seguradora:** SINAF PREVIDÊNCIA CIA. DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura fechada do fêmur esquerdo

Descrição do exame físico: Vítima deambulando com auxílio de muletas
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 05/11/2018

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 de médico assistente.

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**

28 MAI 2019