



05/08/2020

Número: **0027442-06.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 20ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes			Procurador/Terceiro vinculado
MAICON ITALO GOMES DA SILVA (AUTOR)			ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65839053	05/08/2020 14:05	ANEXO 1	Outros (Documento)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200138007 Cidade: Abreu e Lima Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: MAICON ITALO GOMES DA SILVA Data do acidente: 20/12/2019 Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 16

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PE

Nº 014806059060

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	1023815769	*****	2019

NOME

MAICON ITALO GOMES DA SILVA

ABREU E LIMA-PE

CPF / CNPJ	PLACA
097.744.264-01	OYN2071

PLACA ANT. / UF	CHASSI
***** / PE	9C2PC4710ER000491

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS / MOTOCICLETA	GASOLINA

MARCA / MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA/ CBR 500R	2014	2014

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/471CL	PARTIC	VERMELHA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
IPVA 2019 QUITADO		1ª *****
Faixa IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2ª *****
1	*****	3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
80.11	0.32	84.59	12/03/19

OBSERVAÇÕES

AL. FID. BANCO HONDA SA

ASSINATURA	DATA
Abreu e Lima	19/04/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles
DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

CONTRAN



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

NOME
MATEOS ITALO GOMES DA SILVA

SOC. ECONÔMICA / CATEGORIA / UF
210678307164 MD PE

CPF
097.744.284-01

DATA NASCIMENTO
02/12/1992

PLAÇA
ITALAS GOMES DA SILVA

RAQUEL BEVERINO
SANTOS DA SILVA

PERMISSÃO
ACC

CH. (PB)
A

V. REGISTRO
05934298825

VALIDADE
05/09/2018

PR. (MUNICÍPIO)
20/11/2013

ORIGINAÇÃO
A

sem habilitação

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
24/12/2014

Luiz Carlos de Mello Junior

ASSINATURA DO DETRAN
57045327333
28043822719

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VALIDADE EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1017974183

VALIDADE EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1017974183





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **097.744.264-01**

Nome: **MAICON ITALO GOMES DA SILVA**

Data de Nascimento: **02/12/1992**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **16/09/2008**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **14:46:17** do dia **07/01/2020** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **B3D3.5E47.28E7.6981**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





ATENDIMENTO: AVENIDA BRASIL - NÚM. - 08931 - LOTA-5 - CENTRO
ABREU E LIMA PE 53525-790

ENDEREÇO CLIENTE: **103668667** **Feb/2020**
ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
R JOAQUIM NABUCO, AL. 00200 - THEO ABREU E LIMA PE 53520-170
INSCRIÇÃO: 165.135.120.0443.000 GRUPO: 7 TPE AUTOMÁTICO: 103668667

LEGADO	POTENCIAL	1	1
A175224252	7/8/01/2020	29/02/2020	MEDIA HD

AGUA:
LEIT ANT: 5 CONSUMO: 1
LEIT ATU: 5
LEIT FAT: 5 HD PARADO

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
		EXIG. PORT. MP-2, 915/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEM. A LEGIS.
01/2020	01	48	48	48
12/2019	01	48	48	48
11/2019	01	48	48	48
10/2019	01	48	48	48
09/2019	01	48	48	48
08/2019	01	48	48	48
MEDIA:	01	48	48	48

Qualidade de Água: www.compesa.com.br
OBS.: C/ COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA NENHUMA DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	1 M3	44,88
CONSUMO DE ÁGUA		
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)	0 M3	04,84
CONSUMO DE ÁGUA		
MULTA P/ IMPONTUALIDADE 01/2020		2,17

VALORES	VALORES	VALORES	VALORES
100,92	1,65	1,80	
100,92	7,60	8,78	

VENIMENTO **15/03/2020** TOTAL A PAGAR **111,09**

MENSAGEM:

IDENTIFIQUEMOS A EXISTÊNCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 111,09. REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A RECALCULACAO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para maiores esclarecimentos, acesse o site: <http://www.seguradora.com.br> ou ligue para **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

* Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

* Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.813/98.

Pelo exposto, eu, **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no CPF/CNPJ 884.647.684-00,

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **MARCON JTAO GOMES DA SILVA**

inscrito (a) no CPF sob o nº **097.744.264-01** do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da vítima

MARCON JTAO GOMES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o nº **097.744.264-01**

conforme determinação da Circular Susep 445/12.

☐ Declaro Profissão _____ Renda _____ e apresento os documentos comprobatórios.

☒ Recuso informar

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

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

Endereço	AVENIDA JOAQUIM NABUCO		Número	200	Complemento	CASA
Bairro	TIMBÓ	Cidade	ABREU E LIMA		Estado	PE
CEP			53520170			
Email	balbinospe@hotmail.com		Telefone Comercial (DDD)	(81) 3538.0069		
			Telefone celular (DDD)	(81) 98721.5834		

Abreu e Dup/PE de 08/08 de 2020
Rossana Lígia Fernandes Dantas
Assinatura do Declarante





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 027ª CIRCUNSCRIÇÃO - ABREU E LIMA - DP27ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0117000728

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 10/03/2020 às 10:20

Complementa o BO Número: 20E0117000727

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado), que aconteceu no dia 20/12/2019 às 14:00

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE ABREU E LIMA, 1 - Bairro: CENTRO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
MAICON ITALO GOMES DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(s) Sr(a): **MAICON ITALO GOMES DA SILVA**
OUTROS TIPO DE OBJETO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(s) Sr(a): **MAICON ITALO GOMES DA SILVA**

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

MAICON ITALO GOMES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **RAUUEL SEVERINO SANTOS DA SILVA** Pai: **IZAIAS GOMES DA SILVA** Data de Nascimento: **2/12/1992** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3011200/SOS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares: **91964851379**

Endereço Residência: **RUA DO CARVÃO, 44 - CEP: 0 - Bairro: ALTO DA BELA VISTA - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MAICON ITALO GOMES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MAICON ITALO GOMES DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR



ESPANADOR

DIÁRIO DE VIAGEM

Placa: **OYN2071** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **102381576** Chassi: **9C2PC4710ER000491**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **GAS**

BURACO (OUTROS TIPO DE OBJETO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a):

MAICON ITALO GOMES DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: **DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

VEWM O QUEIXOSO ALGAR QUE TRANSITAVA NO CENTRO DESTA CIDADE EM SUA MOTO QUANDO PERDEU O CONTROLE E CAIU EM UM BURACO E FRATUROU O JOELHO DIREITO.

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

MAICON ITALO GOMES DA SILVA
MAICON ITALO GOMES DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **FERNANDO ROSA** - Matrícula: **152536-0**

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/08/2020 14:05:37



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 027ª CIRCUNSCRIÇÃO - ABREU E LIMA - DP27ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0117000727

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 10/03/2020 às 10:14

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Delação (Consumado), que aconteceu no dia 20/12/2019 às 14:00

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE ABREU E LIMA, 1 - Bairro: CENTRO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/ AGENTE)
MAICON GOMES DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MAICON GOMES DA SILVA**
OUTROS TIPO DE OBJETO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MAICON GOMES DA SILVA**

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

MAICON GOMES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino; Nome: RAUUEL SEVERINO SANTOS DA SILVA Pat. IZAIAS GOMES DA SILVA Data de Nascimento: 2/12/1992 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 80113968DS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU INCOMPLETO Telefones Celulares: 81984861379

Endereço Residencial: **RUA DO CARVÃO, 44 - CEP: 0 - Bairro: ALTO DA BELA VISTA - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): MAICON GOMES DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): MAICON GOMES DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não**
Cor: **VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Recor: **OYN2071 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Peramam: 192351576 Chassi: 9C2FC4716ER000401**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014 Combustível: GAS**

file:///C:/Users/Policia Civil/Desktop/BOLETPreview.html



SURACO (OUTROS TIPO DE OBJETO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a):

MAICON GOMES DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: **DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

VEWU O QUEIXOSO ALEGAR QUE TRANSITAVA NO CENTRO DESTA CIDADE EM SUA MOTO QUANDO PERDEU O CONTROLE E CAIU EM UM SURACO E FRATUROU O JOELHO DIREITO.

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


MAICON GOMES DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **FERNANDO ROSA** - Matrícula: **152538-0**



[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 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200138007

Vítima: MAICON ITALO GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 20/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MAICON ITALO GOMES 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 joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: MAICON ITALO GOMES DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000002080-0

Conta: 000002083-4

Tipo: CONTA CORRENTE

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 retomar 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

Pag. 0100001020 - cartão 15R - INVALIDEZ

00010910





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

097 744.264-01 MAICON ITALO GOMES DA SILVA

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

MAICON ITALO GOMES DA SILVA

097 744.264-01

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

PORTEIRO

RUA VISTA BELA BAIXO

44

CASA

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

TIJUBO

ABREU C LIMA

PE

53.500-000

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

balbinoespe@hotmail.com/91999441109 (81)3538-0069

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR

☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$3.001,00 ATE R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

Nome do BANCO: BRADESCO

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no CIVIL)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos:

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascido(a) não nascido(a):

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos:

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não afetado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





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 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200138007

Vítima: MAICON ITALO GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 20/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MAICON ITALO GOMES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15685183

Pag. 0046000460 - carta_01 - INVALIDEZ

00020230





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

097 744.264-01 MAICON ITALO GOMES DA SILVA

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

MAICON ITALO GOMES DA SILVA

097 744.264-01

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

PORTEIRO

RUA VISTA BELA BAIXO

44

CASA

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

TIJURÓ

ABREU C LIMA

PE

53.500-000

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

balbinoespe@hotmail.com/91999441109 (81)3538-0069

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR

☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$3.001,00 ATE R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

Nome do BANCO: BRADESCO

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no CIVIL)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos:

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascido(a) não nascido(a):

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos:

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da

assinatura

beneficiário

não efetuada

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAICON ITALO GOMES DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02080-0

CONTA: 000000002083-4

Nr. Autenticação

BRADESCO140420200500000000002370208000000002083168750 PAGO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0107776/20
Vítima: MAICON ITALO GOMES DA SILVA
CPF: 097.744.264-01
CPF de: Próprio
Data do acidente: 20/12/2019
Titular do CPF: MAICON ITALO GOMES DA SILVA
Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

MAICON ITALO GOMES DA SILVA : 097.744.264-01

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/04/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/04/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos



UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 20/12/2019 15:20

	Nome Paciente:	MAICON ITALO GOMES DA SILVA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	02/12/1992
	Sexo:	Feminino
	Idade:	27 anos
	Senha:	0109
	Convênio:	-
	Atendimento: SAME:	

Período: 20/12/2019 15:21 - 20/12/2019 15:21

MARIA EDUARDA GONÇALVES MACIEL BERINGUEL - COREN: 417815 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor: AMARELO

Queixa Principal: RELATO DE TRAUMA EM MID
CHEGA COM SAMU ABREU E LIMA

Observação: ALERGIA MEDICAMENTOSA: NEGA
HAS
DM-

Fluxograma sintoma: SITUAÇÕES ESPECIAIS

Discriminador(es): - PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MARIA EDUARDA GONÇALVES MACIEL BERINGUEL - COREN: 417815 - FUNÇÃO:
ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 20/12/2019 15:21

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Atendimento: 1167050

Senha da Classificação:

0109

Data e Hora: 20/12/2019 15:27

Paciente: 356889 MAICON ITALO GOMES DA SILVA Sexo: MASCULINO
Nome Social: Cor: Parda Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) COMPLETO
Data do Nascimento: 02/12/1992 Idade: 27 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: RAQUEL SEVERINO SANTOS DA SILVA Nome do Pai: IZAIAS GOMES DA SILVA
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
Endereço: RUA DO CARVAO 44 Bairro: ALTO DA BELA VISTA
Cidade/UF: ABREU E LIMA PE Cep: 53515000 Usuário Atendimento: EDNALVACSRB
RG (Identidade): 8011396 SDS/PE Data de Emissão: 22/02/2006 CNS: 706401144591783
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 99473483
CRN (Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

PESO: ALTURA: TEMPERATURA: °C FC: bpm FR: rpm PA: mmHg
DATA: HORA:

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Prisão de ventre há 10 dias
com dor abdominal

EXAME FÍSICO:

Abdomem com dor difusa
sem sinais de irritação peritoneal

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S):

Prisão de ventre /
ressecamento do bolo fecal

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO

Prisão de ventre
sem sinais de irritação peritoneal
sem sinais de desidratação

Médico / Cremepe:

ENCAMINHADO () Ambulatório () Sala Verde () Sala Amarela () Sala Vermelha

Médico / Cremepe:

Medicamento: 1211133000

Diagnóstico: 28 a 16/11/19

Procedimento: 16/11/19

Procedimento: 16/11/19

Procedimento: 16/11/19



EVOLUÇÃO CLÍNICA (pareceres, resultado de exames, etc.)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COEN)

20/12/19 às 18:05 Paciente admitido na sala amarela, consciente, orientado, afeto, expressão amarela, a corações normais, indolente, medicado com Siga no ambulatório de enfermaria. Aguardando para o HMA.

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

DESTINO:

ALTA: ☐ Melhorada ☐ Com Atestado ☐ Com Prescrição

☐ TRANSFERÊNCIA LOCAL: _____

SENHA: _____

☐ ÓBITO Data: 20.12.19 ÀS _____ ATTESTADO DE ÓBITO ☐ SVO ☐ IML

Médico / Cremesp: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS

Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____

NOME LEGÍVEL: _____

RG: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

ASSINATURA: _____

RECEPÇÃO / CARIMBOS: _____



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Marcos Italo Faria de Registro: _____
Responsável: Silva Contato: _____

Data/Hora	21/12/19	Ortopedia
H.O.	Fraat de espinais fibrosas p + Fraat de ZCQDD	
	Paciente segue estavel. Nao necessita mais.	
	produtos posturais Suporte cervical Agua e o transfeirir	 Dr. Thales Ortopedia CRM 133786
21/12/19	19(8:50)	Paciente é transfeirida HMA em ambulância da Unidade, com técnica de enfermagem Enfermeira Danielle Alves CRM 133786



Escala de Morse para Prevenção de Quedas

Nome do paciente: Maicon Helder G. da Silva Registro: _____ Data da avaliação: 02/12/19

	CATEGORIA	Sim/Não	Score	Pontuação
1	Histórico de queda (há no máximo 3 meses)	Não	0	
		Sim	<u>2</u>	
2	Diagnóstico Secundário	Não	<u>0</u>	
		Sim	15	
3	Auxílio para deambular			
	Sem auxílio/ Acamado/ Auxílio da enfermagem	Sim	<u>0</u>	
	Muletas/ Bengala/ andador	Sim	15	
	Deambula segurando nos móveis	Sim	30	
4	Acesso Venoso	Não	0	
		Sim	<u>20</u>	
5	Movimentação do paciente / transferência			
	Normal/ repouso no leito	Sim	<u>0</u>	
	Debilidade	Sim	10	
	Prejudicada (restrito ao leito)	Sim	20	
6	Estado Mental			
	Orientado para as próprias capacidades	Sim	<u>0</u>	
	Superestima/ esquece as próprias limitações	Sim	15	
Pontuação Total			<u>45</u>	

Nível de Risco	Score da Escala de Morse	Ações
Sem Risco	0-24	Intervenções de Prevenção Universal de Queda
Baixo Risco <u>2</u>	25-50	Intervenções para Prevenção de Queda
Alto Risco	>51	Intervenções de Prevenção para Alto Risco de Queda

Enfermeiro (a)



ESCALA DE BRADEN
AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO - Adulto

Nome do paciente: Marcos Italo C. da Silva Registro: _____ Data da avaliação: 2/12/17

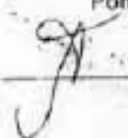
Percepção Sensorial Capacidade da sensação significativa no desconforto.	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se mexe nem se agita e não) devido a um nível reduzido de consciência ou à anestesia. OU Capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação. OU Tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. OU Tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais, não apresenta deficiente sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.
Umidade Nível de umidade na pele e umidade.	1. Pele constantemente úmida: A pele mantém-se sempre úmida devido a sudorese, saliva, etc. É detectada umidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito úmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente úmida: A pele está por vezes úmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente úmida: A pele está geralmente seca, os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
Atividade Nível de atividade física.	1. Acamado: O doente está confinado a cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.
Mobilidade Capacidade de alterar o controlo a posição do corpo.	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitada: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.
Nutrição Alimentação habitual.	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/2 de comida que lhe é oferecida. Come ocasionalmente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lactícos). Ingerir pouca ou nenhuma. Não toma um suplemento dietético líquido. OU Come sem parar mais de 1 hora líquida ou a sonda durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em refeições diárias de carne ou lactícos. Ocasionalmente toma um suplemento dietético. OU Recorre menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais da metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lactícos). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido. OU É alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lactícos). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda manual. Expectativas, contraturas ou aperturas limitam a função quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente desliza.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correta posição na cama ou cadeira.	

Alto Risco: < 12 Risco Moderado: 13 - 17 Sem Risco: > 18

Pontuação Total

43

ENFERMEIRO






SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ADULTO E PEDIÁTRICA

DATA: 20/12/19 HORA: 18:05

1. IDENTIFICAÇÃO

HISTÓRICO

Nome: Marcos Jairo G. da Silva Idade: 27 Nº do atendimento: _____
Procedência: _____ Acompanhado por: _____

2. QUEIXAS PRINCIPAIS

Trauma M.I.D

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

() Alergias Quais: _____ () Tabagismo () Etilismo () Cardiopatia () Diabetes () HAS () Epilepsia
() Depressão () Câncer () Doenças pulmonar () Outras: _____

4. ESTADO GERAL

EXAME FÍSICO

ESTADO GERAL () Bom () Regular () Grave

5. INTEGRIDADE DA PELE

() Normocrômico () Hipocrômico () Cianótico () Anictérico () Ictérico () Pele fria () Pele úmida () Reações Alérgicas
() EDEMAS () Face () Pálpebra () MMSS () MMII () Anasarca () ÚLCERA POR PRESSÃO LOCAL: _____

6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () Consciente () Orientado () Desorientado () Inconsciente () Torporoso () Sedado PUPILAS: () Olho direito
() Olho esquerdo () Normais () Isocóricas () Anisocóricas () Estrabismo () Miopia () Fotomorgente

7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL () Cooperativo () Clamroso () Irritado () Suscitado () Ansioso () Agitado

8. SINAIS VITAIS

() Abolida () Freq. 1. AXILAR = _____ °C. FR. _____ cm Sat O2 = _____ % () Espúrico () Dispneico () Taquicárdico () Entorpecido
MURMÚRIOS VESICULARES: () Presentes () Ausentes () Diminuídos RUIDOS ADVENTÍCIOS: () Roncos () Sibilos () Crepitações FC _____ bpm
PA: _____ mmHg PULSO: () Filiforme () Cheio () Rítmico () Ausente ACESSO VENOSO: () Central Jugular () Central Subclávia
() Perfêrico LOCAL: M.I.D

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

DIETA: () VO () Aceita bem () Parcialmente () Não aceita () SNO () SNE ABDOME: () Flácido () Tenso () Distendido () Globoso () Plano
() Doloroso () Ardido () Grávidico EVACUAÇÃO: () Normal () Constipação () Flatos () Diarria Nº evacuações _____ Aspecto: () Normal
() Mucoso () Líquido () Melena () Odor fétido () Odor característico EMASE Aspecto: () Hematêmase () com resíduo alimentar

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

DIURESE: () Presente Aspecto: _____ () Ausente () Espontânea () SVD () SVA () Cistotomia () Injeção () Anula
() Disúria () Hematúria () Oligúria () Polaciúria

11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

MOBILIDADE: () Ativa () Passiva MOVIMENTO CONSERVADO: () Sim () Não FORÇA MOTORA: () Sim () Não () PARESIA Local: _____
() AMPUTACAO Local: _____ () GESSO Local: _____ () TALA GESSADA Local: _____
Outros: _____

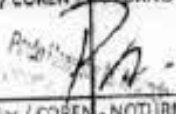
12. OBSTETRICIA

Gesta: _____ Para: _____ Aborto DUM: _____ IG: _____ Dinâmica Uterina: _____ Perda vaginal: _____



1. () Padrão respiratório prejudicado	() Manter decúbito elevado a _____ graus. () Aspirar VAS com técnica asséptica S/N () Comunicar alterações da frequência respiratória () Outros:
2. Dor () Crônica (x) Aguda	() Anotar localização e as características da dor () Aplicar escala de dor (0 a 10) () Reavaliar a dor 30 min. após administração da medicação () Outros:
3. () Instabilidade de pressão arterial	() Aferir pressão arterial a cada ____ / ____ h () Manter decúbito no leito a _____ graus () Outros:
4. () Edema Local: _____	() Descrever características do edema () Registrar presença de inflamação / infecção () Outros:
5. Temperatura Corporal () Diminuída () Elevada	() Aferir temperatura de ____ / ____ e comunicar se estiver abaixo de $\leq 35^{\circ}\text{C}$ ou $\geq 37,7^{\circ}\text{C}$ () Aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica em caso de hipotermia () Retirar o cobertor e avaliar a temperatura do ambiente em caso de hipertermia () Outros:
6. Glicemia Prejudicada () Diminuída () Aumentada	() Aferir e registrar HGT de ____ / ____ h () Outros:
7. () Náuseas	() Orientar/Manter decúbito elevado por 2 horas após as refeições
8. () Vômitos	() Registrar e comunicar frequência e características do vômito
9. () Diarréia	() Registrar frequência e aspecto da diarréia () Outros:
10. () Integridade da pele prejudicada	() Registrar e comunicar alterações na integridade do pelo () Realizar higiene íntima após eliminações () Manter lençóis limpos secos e esticados
11. () Risco para lesão	() Diminuir pressão nas proeminências ósseas () Outros:
12. () Depressão	() Manter vigilância constante
13. () Uso de álcool	() Supervisionar e registrar nível de agitação do cliente () Manter grades elevadas () Realizar contenção no leito SN () Outros:
14. () Risco para aspiração	() Manter decúbito a 45° () Testar funcionamento da SNG/SNE antes da medicação () Outros:
15. () Risco para infecção	() Evitar manuseio excessivo do paciente () Anotar e comunicar alteração de temperatura $>37,7^{\circ}\text{C}$ () Registrar e comunicar presença de sinais flogísticos () Outros:
16. (x)	(x) SNG (x) SNE () () () Outros:

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica FC- Frequência Cardíaca DUM- Data da última menstruação VAS- Via Aérea Superior	MMSS- Membros Superiores VO- Via Oral IG- Idade Gestacional	MMII- Membros inferiores SVD- Sonda vesical de demora SNG- Sonda Nasogástrica	FR- Frequência respiratória SVA- Sonda vesical de alívio SNE- Sonda Nasoenteral
--	---	---	---

Enfermeiro (a) / COREN - DIURNO 	Enfermeiro (a) / COREN - NOTURNO 
Técnico / Auxiliar / COREN - DIURNO	Técnico / Auxiliar / COREN - NOTURNO





Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA	
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()	SENHA 53417
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()	
IDENTIFICAÇÃO	
Nome do Paciente: <u>WILLIAM VICTORIANO DE ALMEIDA</u>	Idade: <u>14</u>
Sexo: <u>M</u> () F () Profissão: _____	Fone: _____
Endereço Residencial: _____	Bairro: _____
Cidade: _____	
CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)	
Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()	
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()	
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S() N()	
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S() N()	
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()	
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____	
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()	
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()	
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura	
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____	
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____	
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento	
CAUSAS CLÍNICAS	
História Clínica Atual: <u>Unidade de Pronto Atendimento - 05/08/2020</u>	
Hipótese Diagnóstica: <u>Lesão por trauma</u>	
AVALIAÇÃO CLÍNICA	
Glicemia Capilar (HGT): _____	Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S() N()	Tiragem Intercostais S() N() Obstrução Vias Aéreas: S() N()
Sibilos Expiratórios: S() N()	BAN: S() N() Deformidade do Tórax: S() N()
Distúrbio Fala/Choro: S() N()	Gemido/Estridor: S() N()
Agitação Psicomotora: S() N()	Lesões de face: S() N() Retração Xifóide: S() N()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada ()	Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico ()	Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada ()	Palidez () Cianose ()
Sudorese: S() N()	Desidratado: S() N() Ictérico: S() N()
FR: RN 35-50 < 1 ano 30-50 Crianças 20-30 Adulto 12-30 FC: RN 120-160 < 1 ano 90-140 Criança 80-110 Adulto 60-100	



EXAME NEUROLÓGICO		
Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()		
Escala de Coma de Glasgow (ECG) ABERTURA OCULAR Abertura Ocular Espontânea 4 Abertura Ocular a Voz 3 Abertura Ocular a dor 2 Sem abertura ocular 1	RESPOSTA VERBAL Orientado 5 Confuso 4 Resposta Inapropriada 3 Sons Incompreensíveis 2 Sem resposta Verbal 1	RESPOSTA MOTORA Obedece ao comando 6 Localiza Estímulo Doloroso 5 Retirada ao Estímulo Doloroso 4 Descorticação 3 Descerebração 2 Sem resposta motora 1
TOTAL DE PONTOS ECG: _____		
Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial () Dificuldade na fala () Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midriase () Miose ()		
NATUREZA DA LESÃO		
Presença de sangramento externo: S () N () Lesões Intra-Torácica: S () N () Fratura Pélvis: S () N () Lesões Infra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()		
USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS		
Usou álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros () Hábito Alcolóico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor () Usou outras drogas: S () N () Informante: Vítima () Outros () Lólo () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()		
CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO		
Imobilização da Coluna Cervical: S () N () Imobilização Tala Gessada: S () N () Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____ Oxigêniooterapia: Cateter () Venturi () CPAP () Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N () Entubação Orotraqueal: S () N () Ventilação Mecânica: Modalidade _____ FIO2: _____	Reanimação Cardiopulmonar: S () N () RX: S () N () Analgesia: S () N () Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____ Volume de Fluidos Infundido: _____ Outras Condutas: _____ Intercorrências: <i>2 pontos / pontos</i> <i>1 ponto / pontos</i> <i>2 pontos</i>	
MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA		
<i>Prontuário outorgado</i>		
CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO		
Hospital para onde foi encaminhado: _____ Hora: _____ Médico Regulador: _____ Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()		
_____ Local e data		_____ Médico Assistente



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 21/12/2019 09:19



Nome Paciente: MAICON ITALO GOMES DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 02/12/1982
Sexo: Masculino
Idade: 37 anos
Senha: 0013
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 21/12/2019 10:12 - 21/12/2019 10:19

LUCIANO DE FREITAS E SILVA - COREN: 253220 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE ENCAMINHADO PELA UPA DE IGARASSU SENHA : 5841775, CONCIENTE, ORIENTADO, REFERE DOR MID APOS QUEDA DE MOTO NEGA VOMITO OU DESMAIO HD: FX MID

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 4
- FREQUENCIA CARDIACA: 65.00 BPM
- GLICOSE: 89.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %

RECEBADO
HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele
Sim () Não (X)

Local
Informar

Laís de Freitas Silva
COREN: 253220-ENF

Acolhido(a) por: LUCIANO DE FREITAS E SILVA - COREN: 253220 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 21/12/2019 10:19

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Atendimento: 509447
Senha de Classificação:
Data e Hora: 21/12/2019 10:25
Paciente: 132513 MAICON ITALO DA SILVA
Sexo: MASCULINO
Nome Social:
Data do Nascimento: 02/12/1982 Idade: 37 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGÊNCIA
Nome da Mãe: RAQUEL SEVERINO SANTOS DA SILVA
Nome do Pai:
Estado Civil: SOLTEIRO
Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA
CRM: 12346
Endereço: RUA SEVERINO MONTEIRO D - 44
Bairro: ALTO DA BELA VISTA
Cidade/UF: ABREU E LIMA PE
Usuário Atendimento: ALESSANDRAPSF
Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes
Data Entrada Brasil:
Nacionalidade: BRASILEIRA
Nr Documento Estrangeiro:
Observação:
RESUMO DE TRATAMENTO
Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____
Queixa Principal

PRIMEIRA ÚLTIMA DE QUEIXA DE PÉ DO, ENCAMINHADO DA UPA, AGENDADO PARA EM URGÊNCIA E PE OBJETOS.

Exame Físico

EXAME FÍSICO, PÉ DO, PÉ DO, PÉ DO.

LIMITADO E FLEXÃO DO JOELHO (D)

Hipótese Diagnóstico

FRATURA DE 2º PÉ DO + DERRAMA EM JOELHO - PÉ DO + DERRAMA DA TÍGUA (D)

Prescrição Médica

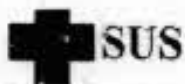
1. JOELHO RX

PIRACONA 1g + AD 1g, 6/6h SIN
LETOBRADO 1g + 50 mg + 50 mg AD 1g, 12/6h SIN
ALTA ONAL LIME

Assinatura e Carimbo/Médico

#10: INTEND. P/ TRATAMENTO URGENTE

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência
() Transferido: Para _____
Senha: _____
() Encaminhado ao setor de internação

Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	MAICON ITALO DA SILVA			6 - Nº Prontuário	132513
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10-1 - Etnia	
706401144591783	02/12/1982	☒ M ☐ F	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	RAQUEL SEVERINO SANTOS DA SILVA			12 - Telefone de Contato	8199647348
13 - Nome Responsável	IGNORADO			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA SEVERINO MONTEIRO DA SILVA, 44 - ALTO DA BELA VISTA				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
ABREU E LIMA	250005	PE	53515000		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21 - Condições clínicas e sintomas que justificam a internação
PRIMEIRA VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, ENCAMINHADO DA UPA, REFERINDO DOR EM JOELHO E PE DIREITOS. APRESENTA LIMITAÇÃO IMPORTANTE DE O JOELHO DIREITO.

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
ANAMNESE-EXAME FÍSICO-RADIOGRAFIA

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA	5821	W199	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL	0408050551		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	704004885135062
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
THIAGO GOMES DOS ANJOS	22/12/2019	19769	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	36 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajetu			

45 - Vínculo com a Previdência

() Empregado	() Empregador	() Autônomo	() Desempregado	() Aposentado	() Não Segurado
---------------	----------------	--------------	------------------	----------------	------------------

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
	E269000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	

AIH
262010245023-0

Código do Laudo: 509447



Aviso de Cirurgia : 62046 Sala : 0002 SALA 02
Paciente : 132513 MAICON ITALO GOMES DA SILVA Atendimento : 509516
Convênio Atend : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 81 CRTL-509-LEITO 001 Idade : 27 Anos
Dt. Inicio : 05/01/2020 13:00 Dt. Fim : 05/01/2020 14:50
Cid Pré-Operatório : S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
Cid Pós-Operatório : S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Procedimento: 0408050500 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia:

CIRURGIAO 20818 FELIPE NUNES DA SILVA

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA DA ESPINHA TIBIAL + FRATURA AVULSAO DO LCP
INTERVENÇÃO: OSTEOSSÍNTESE COM PLACA 1/3 TUBO 3.5 + CANULADO 4.5
OPERADOR: DR FELIPE NUNES
1º AUXILIAR: DR ICARO MOLIM
ANESTESISTA: DR ANTONIO
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

RELATO DE INTERVENÇÃO

VIA DE ACESSO - ASPECTOS DOS ORGÃOS E LESÕES PRÁTICAS E TÉCNICA - LIGADURAS

SUTURA DRENAGEM - SÍNTESE MATERIAL EMPREGADO- CURATIVOS

1. PACIENTE EM DECÚBITO VENTRAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSE + GARROTE POR ESVAZIAMENTO MIDR
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO PELA VIA POSTERO MEDIAL, REALIZADA REDUÇÃO DA FRATURA E FIXADO COM PLACA 1/3 DE CANA 3.5 COM DO
5. PARAFUSSO CORTICAIS DISTAIS E 2 PARAFUSSOS ESPONJOSOS PROXIMAIS
6. SUTURA POR PLANOS + MUDANÇA DE DECÚBITO PARA DORSAL
7. REALIZADA INCISÃO PARAPATÉLAR LATERAL, REALIZADA REDUÇÃO DA ESPINHA TIBIAL PARAFUSO CANULADO 4.5MM
8. VERIFICADA BOA REDUÇÃO E POSICIONAMENTO DA PLACA E DOS PARAFUSSOS COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS
9. LAVAGEM COM SF 0.9% 3 000ML
10. SUTURA POR PLANOS
11. CURATIVO
12. BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA APÓS RETIRADA DO GARROTE

OBS : LACHMANN E GAVETA ANTERIOR +++ APÓS OSTEOSSÍNTESE

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DR(A) : FELIPE NUNES DA SILVA
CRM : 20818

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: MAICON ITALO DA SILVA

NOME SOCIAL: [Data de Publicação]

IDADE: 27 **SEXO:** M

DATA DA ADMISSÃO: 22/12/19

DATA NASC.: 02/12/92

REG: 132513

DATA DA ALTA: 6/1/20

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DA ESPINHA TIBIAL + FRATURA AVULSAO DO LCP

TRATAMENTO REALIZADO:

- SINTESE COM CANULADOS 4,5 + CX 3,5

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRA) EM 02 SEMANAS;
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS;
- DOBRAR O JOELHO E MEXER O TORNOZELO DO MEMBRO OPERADO;
- DEAMBULAR COM USO DE 02 MULETAS COM CARGA PARCIAL CONFORME TOLERÂNCIA ÁLGICA;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE OU FALTA DE AR.

EXAME FÍSICO:

ESTADO GERAL :

FERIDA OPERATÓRIA:

MEMBRO ACOMETIDO COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA, SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL OU TVP, SEM DEFICIT NEUROLÓGICO.

Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes

Médico

CRM-PE 27688 CRM-BA 33039

Dr. Adauto Telino
ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE





FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP: 53.400 - 000

Cód. Atendimento: **509516**

Usuário: ANDERSONSC

DADOS DO PACIENTE

Paciente:	MAICON ITALO DA SILVA			Prontuário:	132513
Idade:	27a 0m 23d	Sexo:	M	Data de Nascimento:	02/12/1992
Profissão:		Estado Civil:	SOLTEIRO		
R.G.:	8011396	C.P.F.:		Escolaridade:	
Endereço:	RUA SEVERINO MONTEIRO DA SILVA, 44 - ALTO DA BELA VISTA			CEP:	53515000
					- ABREU E LIMA - PE
Dados da Internação					
Origem:	URGENCIA/EMERGENCIA			Data e Hora da Internação:	22/12/2019 10:25
Convênio:	SUS - INTERNACAO			Plano:	GERAL
Unidade Internação:	VERDE 2 ORTOPEDIA	Acomodação:	ENFERMARIA DE OBSERVACAO	Leito:	509.1
Médico Internação:	PLANTONISTA ORTOPEDIA				

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:		R.G.:		C.P.F.:	
Endereço:		Numero:			
Telefone:		Cidade:		Estado civil:	

FATURADO
MADDA PATILOGICA

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta:	05 / 01 / 2020	Hora da Alta:	11 : 00		
Motivo:	☒ Melhorado	☐ A Pedido	☐ Transferência	☐ Óbito	☐ Evasão
Condições de Alta:	Boas condições clínicas				
Diagnóstico Principal.....:	Fx espinha fibial + placa fibial D + Fx 2ª PDA				
Diagnóstico Secundário01.:					
Diagnóstico Secundário02.:					
Medicamento.....:	RAFI c/ placa 1/3 de cano + parafuso 1,5 cm				
Dr. Luiz Rogério Maciel Gomes Médico CRM-PE 27099 CRM-BA 33099 Dr. Adauto Felino Médico e CRM:					
Raquel Severino da Silva Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG					

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

Maicon Italo da Silva
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



Atendimento: 509516

Dt Atendimento: 22/12/2019 - 10:25

Dt Alta: 06/01/2020 - 15:25

Paciente: 132513 MAICON ITALO GOMES DA SILVA

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 61 ORTL-509-LEITO 001

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: ALYNEKLB

CID

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

ALYNE KARMEM DE LIMA BARBOZA

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA 5841775

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: WALTON ESTEFANO DE MELLO Idade: 44

Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: _____

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Leucemia Mielóide Aguda

com 90% de blastos na medula óssea

Hipótese Diagnóstica: Leucemia Mielóide Aguda

em fase de indução

AValiação CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/ Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200138007 Cidade: Abreu e Lima Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: MAICON ITALO GOMES DA SILVA Data do acidente: 20/12/2019 Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA DIREITA.
FRATURA DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (TÍBIA: OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS). TRATAMENTO CONSERVADOR PARA OS DEMAIS E ALTA MÉDICA. PÁG 16

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: MAICON ITALO GOMES DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: PORTEIRO
Identidade: 8.011.386-5DS/PE CPF: 087.744.264-01
Endereço: RUA VISTA BELA BAIXO, nº 44, TIMBÓ, ABREU E LIMA-PE, CEP= 53.500-000

PROCURADOR(A):

Nome: ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Divorciada Profissão: Empresária
Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00
Endereço: Avenida Joaquim Nabuco nº 200, Timbó, Abreu e Lima/PE. Cep. 53.520-170

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro ocorrido com a vítima no dia 20/12/2019 cobertura INVALIDEZ, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epígrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Paulista 72/01/2020
Local e data



Maicon Italo Gomes da Silva

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(Reconhecer firma por autenticidade)

Serviço Notarial e Registral - 1º Ofício
Rua Paulo de Siqueira Campos, 11 - Centro - Recife/PE
Assinada por autenticidade a firma MAICON ITALO GOMES DA SILVA
Data: Paulista/PE 17/01/2020 11:16:10. Emissão: R\$ 3,63 TSUR R\$ 0,12 PERC R\$ 0,41 ISS R\$ 0,08 FERM 0,94 FUNSEG 0,05 Op 212
LUIZ EDUARDO KAVIER SERPA MARTINS - Escrevente autorizado
Selo 0011552 QT201202063 01943



4444/1930



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0107776/20
Vítima: MAICON ITALO GOMES DA SILVA
CPF: 097.744.264-01
CPF de: Próprio
Data do acidente: 20/12/2019
Titular do CPF: MAICON ITALO GOMES DA SILVA
Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

MAICON ITALO GOMES DA SILVA : 097.744.264-01

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/04/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/04/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

