



Número: **0044100-08.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.100,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SEVERINO JOSE DE ARRUDA FILHO (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68591218	25/09/2020 15:32	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 05 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200099608

Vítima: SEVERINO JOSE DE ARRUDA FILHO

Data do Acidente: 30/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE VIEIRA DA COSTA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SEVERINO JOSE DE ARRUDA FILHO

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 15579643

Pag. 0007/00010 - carta_01 - INVALIDEZ

00020468



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do contrato do ASL: 3 - CPF do vítima: 053.820.224-61 4 - Nome completo do vítima: SERENINO JOSÉ DE AMARAL FILHO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

5 - Nome completo: SERENINO JOSÉ DE AMARAL FILHO 6 - CPF: 053.820.224-61
7 - Profissão: Adv. SEBASTIÃO GOMES 8 - Endereço: Rua Jandira A. Lima 9 - Número: 575 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: JOSE F. SILVA 12 - Cidade: Linsópolis 13 - Estado: SP 14 - CEP: 13.100-000
15 - País: 16 - Tel. (DDD): 081-296616080

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$3.503,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.003,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPOANÇA (somente para o beneficiário. Anotar uma cópia)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (003) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0053 CONTA: 57391 5

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/verbalismo 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ 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.

Saliento o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica da extensão do direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data da morte 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 tenha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou no futuro (futuro)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tenha 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 certo, 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

Imposto de Renda
Renda de
Proteção Social
Renda de

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a ruga)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a ruga)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a ruga)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Linsópolis (SP) 17/02/2019
Serenino José de Amaral Filho

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

17/02/19



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 115ª CIRCUNSCRIÇÃO - LIMOEIRO - DP115ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0205002509

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/11/2019** às **11:13**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **30/10/2019** às **10:45**

Fato ocorrido no endereço: **TREVO DA EXPOSIÇÃO DE ANIMAIS, EM FRENTE A EXPOSIÇÃO DE ANIMAIS - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE LIMOEIRO, 1, RODOVIA PE50 / KM40 - Bairro: OTACIO DE LEMOS - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
MARIA JOSÉ MENDES PESSOA (OUTRO)
SEVERINO JOSÉ DE ARRUDA FILHO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **SEVERINO JOSÉ DE ARRUDA FILHO**

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

SEVERINO JOSÉ DE ARRUDA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **INÁCIA COSME DE OLIVEIRA** Pai: **SEVERINO JOSÉ DE ARRUDA** Data de Nascimento: **28/1/1976** Nacionalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5232285/SDS/PE (RG), 05382022461 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º, GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS** Telefones Celular: **997567224**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE LIMOEIRO, 575, RUA PROFESSORA JANDIRA DE ANDRADE LIMA - CEP: 55700090 - Bairro: JOSE FERNANDES SALSA - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A DEDE MOTO-TAXI**

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

MARIA JOSÉ MENDES PESSOA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA JOSÉ MENDES PESSOA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SEVERINO JOSÉ DE ARRUDA FILHO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 125 BROS ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

19/11/2019 11:16



Placa: **PG88649** (PERNAMBUCO/JABOATÃO DOS GUARARAPES) Renavam: **483378330** Chassi: **9C2KD0540CR560981**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**

AUTOMÓVEL (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO

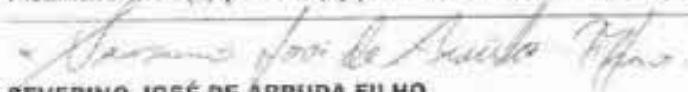
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL VW VOYAGE** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYT2626** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

A VÍTIMA ALEGA QUE TRAFEGAVA NO SENTIDO LIMOEIRO PELA PE50 E PRETENDIA VIRAR A ESQUERDA NO TREVO SENTIDO PASSIRA. QUE TEVE A PRECAUÇÃO DE OBSERVAR SE VINHA CARRO ATRÁS, E COMO NÃO VINHA DIMINUIU A VELOCIDADE SE APROXIMANDO DA FAIXA CONTÍNUA. QUE NOTOU O VEÍCULO VOYAGEM VINDO EM SUA DIREÇÃO INCLUSIVE AVANÇANDO SOBRE A FAIXA CONTÍNUA. QUE PERMANECERU REDUZINDO A VELOCIDADE POIS PRETENDIA VIRAR A ESQUERDA TÃO LOGO O VOYAGEM PASSASSE. QUE PRESUMIU QUE O VOYAGEM ESTAVA LHE VENDO E QUE OBTIVAMENTE NÃO PERMANECERIA AVANÇANDO A FAIXA CONTÍNUA. NO ENTANTO NÃO FOI O QUE ACONTECEU, POIS O VOYAGEM PERMANECERU AVANÇANDO ATÉ RASPAR LATERALMENTE COM ESTE DECLARANTE. COM A COLISÃO A MOTO E A VÍTIMA FORAM JOGADOS AO CHÃO, RESULTANDO EM PREJUÍZOS MATERIAIS E FÍSICOS, POIS SOFREU EDEMAS NA PERNA ESQUERDA, TORNOZELO ESQUERDO BRAÇO ESQUERDO E FRATURA EXPOSTA EM DOIS DEDOS DE SUA MÃO ESQUERDA, SENDO LOGO EM SEGUIDA SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL REGIONAL DE LIMOEIRO JOSÉ FERNANDES SALSA E APÓS OS PRIMEIROS SOCORROS, ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS NO RECIFE. DIANTE DA URGÊNCIA DO CASO, CONSEGUIU SER ENCAMINHADO NO MESMO DIA PARA O HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA NO CABO DE SANTO AGUSTINHO, ONDE CIRURGIADO PARA TENTATIVA DE REPARO DOS DEDOS DA MÃO ESQUERDA. SEM NADA MAIS DIGNO DE REGISTROS, ENCERRO O PRESENTE BO.

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


SEVERINO JOSÉ DE ARRUDA FILHO
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **JOSÉ WELLINGTON DUTRA DE BARROS** - Matrícula: **3848167**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do contrato ou ASL: 3 - CPF do vítima: 053.820.224-61 4 - Nome completo do vítima: SERENINO JOSÉ DE AMARAL FILHO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

5 - Nome completo: SERENINO JOSÉ DE AMARAL FILHO 6 - CPF: 053.820.224-61
7 - Profissão: Adv. SEVERINO GOMES 8 - Endereço: Rua Jandira A. Lima 9 - Número: 575 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: JOSE F. SILVA 12 - Cidade: Linsópolis 13 - Estado: SP 14 - CEP: 13.700-000
15 - País: 16 - Tel. (DDD): 081-296616080

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$3.503,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.003,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUANÇA (somente para o beneficiário. Anotar uma cópia)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (003) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0053 CONTA: 57391 5

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/verbalismo 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica da existência ou não de contenda e avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data da morte 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 tenha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nocturno/relator? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tenha 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 certo, 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a ruga):
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a ruga):
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a ruga):

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

40 - Local e Data:

Linsópolis (SP) 17/02/2019
Serenino José de Amaral Filho

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

17/02/19

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINO JOSE DE ARRUDA FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00053

CONTA: 000000057391-5

Nr. da Autenticação 084307F3B09160F7



BOLETIM DE EMERGÊNCIA PRONTUÁRIO: 048009 CLASSIFICAÇÃO VERMELHO Nº OCORRÊNCIA: 00702977

Nome: REVERINO JOSÉ DE AQUINO FILHO Idade: 43 Anos 9 Meses 2 Dias CNS: 165064063610018 Est. Civil: SOLTEIRO
End.: TRAVESSA SANTA MARGARIDA Nº: 7 Nascimento: 16/01/1978 CEP: 55700000 Bairro: CENTRO
Mãe: INACIA GOMES DE OLIVEIRA Doc nº: 5232285 Nacio.: BRASILEIRA Cor/Raça: PARD
Pai: SEVERINO JOSÉ DE OLIVEIRA Acom.: O MESMO Sexo: MASCULINO
Prof.: SERVIÇOS GERAIS Telefone: 81 95560754 Municip: LIMOEIRO

Encaminhamento: ORTOPEDIA

Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:

COLISÃO MOTO CARRO, FRAUTURA EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO. EPO2 99%

Procedência: Via pública

Doenças preexistentes: NEGA

Régua de dor: Moderada

Pré-consulta:

Intolerância/Alerg.: NEGA

Parâmetros: PA: 120/120 FC: 108 R: T: HGT: 102 SPO2: GLASGOW: 15 Reso:

Estado do Paciente: Consciente Orientado Calor

Sintomas: Dorável em repouso

Dor torácica: Duração da dor:

Dor presente: Irradiação:

Edemas:

Observações:

Últimas Ocorrências Data: Hora: Nº: Situação/Sintomas/Queixas/Eventos
30/09/2019 18:37 00113454 ORTOPEDIA

SERVIÇO NOTARIAL GRAÇAS PAZ - 3º OFÍCIO DE LIMOEIRO

Declaro que a presente cópia é a reprodução fiel do original que

foi apresentado em qual exteio e em 24 horas, a partir de 09

09:00 - FISCAL Nº 0.34, FISCAL Nº 0.35 - FISCAL Nº 48 0.37-201 48 0.37

Declaro autenticidade em nome de: Joo de Azevedo

Limoeiro-PE, 24/09/2019 15:17:48. Cód. de Autenticidade: 1467

Declaro, do, AGRADOU NUNO DOS SANTOS

Declaro

Declaro

Queixas / Diagnóstico

Tratamento

Bom dia com história
de colisão - motorista
noje no Thero Limoeiro - Boma
40. Fratura exposta - no @?
Is - 20 @ Fratura F3 3º e 4.
R - TAT @ 12h Corat 20 + 4 - 100
Exames complementares - 10 @ - 10A - 10A - 10A
Impressão diagnóstica - 10A - 10A - 10A

Exames complementares

Impressão diagnóstica

Motivo da saída: ☐ Residência ☐ Internado

Justificativa:

Encaminhado:

Removido:

Óbito às: h m do dia: / /

Data saída: / / Hora saída: :

☐ Curativo
☐ Nebulização
☐ Adm. de medicamento
☐ Rotina de posto

Técnico / Coren

Atendimento Médico

Médico / CRM

☐ Urgência
☐ Obs. até 24 hs.

Horário: :

Cód procedimento: 62040240104

Técnico / Conselho: NUNO DOS SANTOS

Horário:

DATA: 30/09/2019 11:52:58 RECEPCIONISTA: CLEODON ANTONIO MOURA

TRIAGEM: SUZILY PELEX GOMES PENHA LAYRE





TRANSFERÊNCIA - ADULTO

Senha:	5804841		
Médico:	Dr. Miguel	CRM:	
Paciente:	Leandro José de Araújo Filho		
Idade:	43	Registro Ambulatorial:	48003
Endereço:	Travessa Santa M.	Nº:	07
Bairro:	Centro		
Cidade:	Caruaru		
Hospital de Destino:	H.O.F.		
Auxiliar/Técnico:	Mariana		
Familiar Acompanhante:	Mariana (então)		
Motivo:	condição crônica		
Diagnóstico:	Fratura		
Veículo:	Samu	Placa:	KYB 3781
Motorista:	Paulo	Município:	Caruaru
Setor:	UTI		
Saída/Data:	30/10/19	Hora:	14:30
Chegada/Data:		Hora:	
Funcionário Responsável pelo Preenchimento:	Valdemir		
Observações:			





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
II GERES - Gerência Regional de Saúde
Hospital Regional José Fernandes Salsa - Limoeiro - PE
LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

Unidade de Saúde		Município	Região de Saúde	
Nome do Paciente <i>Severina Silveira de Azevedo</i>				
Quadro Clínico <i>Paciente com histórico de AVC</i>				
Diagnóstico <i>Fratura exposta F3 3 e 4 QDE</i>				
1ª Remoção	Destino	Município	H. de Saída	H. de Chegada
	Motivo (Registro Detalhado) <i>Leitura</i>			
	Assinatura do Médico Assistente <i>30/09/2019</i>		Nº do C.R.M.	Data
2ª Remoção	Destino	Município	H. de Saída	H. de Chegada
	Motivo (Registro Detalhado) <i>h/ na 1ª remoção</i>			
	Assinatura do Responsável <i>[Assinatura]</i>		Nº do C.R.M.	Data
Autorizo a Transferência				
Médico Chefe do Plantão				
Carimbo / Assinatura				
Confirmo o Motivo Administrativo				
Enfermeiro(a) Chefe do Plantão				
Carimbo / Assinatura				
Unidade Prestadora do Atendimento				Município
Especificação do Atendimento prestado				
Assinatura do Responsável			Nº do C.R.M.	Data



de consultas.

3183.0149 (Ambulatório)
Ligar a partir das 13h00min. Até
as 16h50min.

Resumo de Alta Hospitalar / Orientação Final / Fich

Nome: Silvino José de A. Filho Registro: 1
Idade: 4 Sexo: M Data de Admissão: 30/10/19 Data da Alta: 31/10/19

Diagnósticos Definidos: Fratura do fêmur

Conduta / Procedimentos Realizados:

Prescrição para o Domicílio:

Informações Complementares:

Programação após Alta Ambulatório de Egresso: SIM ☒

Data da Consulta: 31/10/19

NÃO ☐

Assinatura do Médico e Carimbo

Dr. Carlos R. P. Rohan
Ortopedia-Traumatologia
CRM-15.463

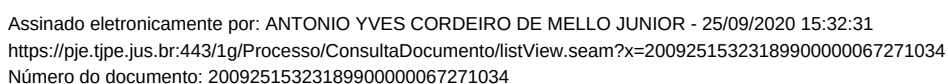
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES / PE
Fundação Professor Mamirleão Fernandes - FMP Hospitalar
Hospital Metropolitano Sul - Dom Helder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE

At

À 13h Cartão de Hoto, há 4 horas
realizado curativo em HSE. Refere do
medicamento transferido p/ HOF

15.20 VAT - House I No.

0012 30 1000
 0012 30 1000
 0012 30 1000

[illegible]

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 530997

Data e Hora do Atendimento: 30/10/2019 20:16

Usuário do Atendimento: MICHELLINESM

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: SEVERINO JOSE DE ARRUDA FILHO

Prontuário: 121674

Nome da Mãe: INACIA COSME DE OLIVEIRA

Nome do Pai: SEVERINO JOSE DE OLIVEIRA

Data do Nascimento: 28/01/1976

Idade: 43 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil:

RG: 6232285

SDS PE Data Emissão:

CPF: 05382022451

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: AUXILIAR SERVICO GER

Endereço: RUA PROFESSORA JANDIRA DE AN 575

CENTRO

Cidade: LIMOIEIRO

PE

CEP: 55700000

Fone: 992260913

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: DEMANDA ESPONTANEA

Médico: NACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 03

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Cabe de Santo Agostinho, 30/10/2019

Assinatura e R.G. do Responsável: *Amândia Carla de Andrade meuniz*

SUMÁRIO DE ALTA

Indicações de Alta:

Diagnóstico:

Procedimento:

Local:

Hora:

Médico e C.R.M.:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G.:

Dr. Carlos R. de Jesus
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15.484

06.11.2019
mar

Solange Lira
Faturamento - SAME
05 NOV 2019



0840

	HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA	
---	---	---

Atendimento: 530992	Senha de Classificação: 0061
Data e Hora: 30/10/2019 19:34	

Paciente: 121674 SEVERINO JOSE DE ARRUDA FILHO	Sexo: MASCULINO		
Data do Nascimento: 28/01/1978	Idade: 43 anos	Convenio: 2	SUS/SIA AMBAURG
Nome da Mãe: INACIA COSME DE OLIVEIRA	Nome do Pai: SEVERINO JOSE DE OLIVEIRA	CRM: 17728	
Estado Civil:	Nome do Médico: LACIEL SOARES DE OLIVEIRA		
Endereço: RUA PROFESSORA JANDIRA - JOSE FERNANDO 575	Bairro: CENTRO		
Cidade/UF: LIMOIEIRO PE	Usuário Atendimento: THAYANECCS		
RG (Identidade): 5232285	SDS PE	Data de Emissão:	
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 05382022461	Fone: 992260913		
Cartão SUS:	Data de Emissão CRN:		

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____	Altura: _____	Temperatura: _____	Hora: _____
-------------	---------------	--------------------	-------------

Queixa Principal

Dores no abdômen, náuseas, vômitos, febre, tosse, dificuldade para respirar, falta de ar.

Exame Físico

Sem sinais de congestão

Diagnóstico

Doença aguda da respiração

Conduta Terapêutica

Suporte M

Prescrição Médica

Dr. Luciano L. Corrêa Jr.
Otorrinolaringologista
CRM: 18527/PE
Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 30/10/2019 18:58

Nome Paciente:	SEVERINO JOSE DE ARRUDA FILHO
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	25/01/1978
Sexo:	Masculino
Idade:	43 anos
Senha:	0061
Convênio:	-
Atendimento:	SAME:

Período: 30/10/2019 19:20 - 30/10/2019 19:28

DEBORA DA COSTA CARVALHO JUSTINO - COREN: 477629 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGÊNCIA - AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: PACIENTE VEIO EM LIVRE DEMANDA COM UMA FRATURA EXPOSTA EM MÃO ESQUERDA. MEMBRO SE ENCONTRA IMOBILIZADO NO MOMENTO. FATO OCORREDO AS 10:50 DA MANHÃ. RECEBEU PRIMEIRO ATENDIMENTO NO HOSPITAL DE LIMOEIRO, SEM SANGRAMENTO ATIVO NO MOMENTO.

Observação: DM-
HAS-
ALERGIAS-
FC:117BPM

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminadores: - FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - RÊGUA DE DOR: 7
- ESCALA DE GLASGOW: 15
- PAD: 88.00 MMHG
- PAS: 134.00 MMHG
- SATO2: 96.00 %

Acolhido(a) por: DEBORA DA COSTA CARVALHO JUSTINO - COREN: 477629 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 30/10/2019 19:28

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PARA PROCEDIMENTOS EM GERAL -

O presente termo tem o objetivo de cumprir o dever ético de declaração do paciente e/ou responsável, de recebimento de informações quanto aos principais aspectos relacionados ao tratamento, assistência clínica, medicamento ou procedimento ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Dom Helder Câmara.

☐ Paciente

☐ Responsável

Autorizo o Dr.º(ª) _____ credenciado(a)
pelo Hospital Dom Helder Câmara, a realizar o(s) seguinte(s):

- ☐ Tratamento: _____
☐ Assistência clínica: _____
☐ Procedimento: _____ ou _____
☐ Exame: _____

a que será submetido.

Declaro que estou ciente dos benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis que me foram explicadas claramente pelo médico, Dr.º(ª) _____ CRM: _____ e que tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no Hospital para se obter o melhor resultado.

Estou ciente de que podem ocorrer complicações durante o Tratamento/Assistência Clínica/Procedimento ou Realização de exame, assim como poderá ser necessária a modificação da proposta inicial em virtude de situações imprevistas.

Confirmo que recebi explicações, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordo.

☒ PACIENTE / RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Aminda Carla de Andrade Muniz RG: _____
 Data de nasc.: 09/03/1995 Grau de parentesco: Enteada

Cabo de Santo Agostinho, 30 de Outubro de 20 18.

Aminda Carla de Andrade Muniz
Assinatura do paciente/representante legal

Preenchimento Obrigatório Médico

Eu, _____ CRM: _____
médico responsável pelo esclarecimento do procedimento, presto todas as orientações necessárias e solicitadas pelo paciente referente ao termo de consentimento informado.

☐ Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento informado, por tratar-se de situação de Emergência

Cabo de Santo Agostinho, _____ de _____ de 20 _____

Edgley Lacerda
Tomeiro Oficial
CRM 14853

Assinatura / Carimbo do médico

Rodovia BR 101 Sul - KM 28, Cabo de Santo Agostinho - PE; CEP 54510-000
Fone: 3183-0000



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ANESTESIA

Declaro que fui informado(a) quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento anestésico ao qual serei submetido nesta instituição.

Autorizo o médico anestesiológico abaixo identificado, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente cadastrados por esta instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico:

Declaro ainda que:

- Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesiológico. A(s) alternativa(s) de procedimento anestésico indicadas para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações me foram explicadas satisfatoriamente.
- Fui esclarecido de que a anestesia envolve procedimentos invasivos e que podem ocorrer lesões que na maioria das vezes são temporárias. Raramente ocorrem lesões permanentes, mas podem ocorrer, mesmo que o procedimento tenha sido realizado sob o mais rigoroso padrão técnico. Assim como fui esclarecido, também, de que a resposta à administração de medicamentos é individual e que a ocorrência de efeitos colaterais ou indesejados é imprevisível.
- Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis nesta instituição.
- Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anestesiológico sobre doenças pré-existentes, os medicamentos em uso, cirurgias realizadas, complicações anestésicas e reações alérgicas anteriormente apresentadas e, também, sobre o tempo decorrido de jejum (desde a última refeição/ingestão de líquidos).
- Fui informado(a) pela equipe médica de que o tabagismo, o uso de drogas entorpecentes, tais como cocaína, maconha, anfetaminas, e outras como o álcool são fatores que podem trazer prejuízo ao procedimento e/ou tratamento. Fui informado, também, das complicações que podem advir do uso destas substâncias.

Confirmo que recebi explicações, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse.

☐ PACIENTE / ☒ RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Amanda Carla de Andrade Muniz RG: _____
Data de nasc.: 09/03/1995 Grau de parentesco: _____

Cabo de Santo Agostinho, ____ de ____ de 20 ____

Amanda Carla de Andrade Muniz
Assinatura do paciente/representante legal

Preenchimento Obrigatório Médico

Eu, _____ CRM: _____
médico responsável pelo esclarecimento do procedimento, prestei todas as orientações necessárias e solicitadas pelo paciente referente ao termo de consentimento informado.

☐ Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de Emergência

Cabo de Santo Agostinho, 20 de 10 de 20 19

Dr. Graça Couto
Assinatura do médico
CRM 5063

Rodovia BR 101 Sul - KM 28, Cabo de Santo Agostinho - PE; CEP 54510-000
Fone: 3183-0000



HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: Simone Tereza de Melo Silva Registro: 10074 N° Atendimento: 110007
Idade: 43 Sexo: M Estado Civil: Cor: Acompanhante: () Sim () Não
Clínica: Ortopedia Enfermaria: Leito: Ocupação:

Queixa Principal e Duração: Doi e expansão da parte inferior
2-24

História da Doença Atual: Passa história de acidente
automobilístico há 100, ganhou
expansão óssea e fratura parcial
do fêmur esquerdo, em maio 05 após
outro trauma.

Interrogatório Sintomático: Não há dor mais grave



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Serenice Gomes da Moura Figueira Registro: 121624

Clinica: Cardiologia Enfermaria: SERPA Leito: 2019

Data/Hora	Enfermagem
21/10/19 06:00	Paciente em RCP, consciente, orientada, respirando, saturações, de 92% a 94% em oxigênio, em POI de 15 de pressão de médio E, de 120/80 mmHg, com SPO2
21/10/19 9:00	Estável, fo 1 saturação de 92% alto e normal
21/10/19	Paciente em 1: DPO de rotina em mãos e, em EGB, consciente, orientada, supino, afilado, boa aceitação da dieta V.O, eliminação (T), medicação CPX, nível alto com oxigenação

COD. 36251



Aviso da Cirurgia: 43586
Paciente: 121574

Sala: 0003 SALA 03

SEVERINO JOSE DE ARRUDA FILHO

Atendimento: 530997

Convênio Atend.: 1

SUS - INTERNACAO

Carteira:

Leito: 673

LEITO 12

Idade: 43 Anos

DI. Inicio: 30/10/2019 20:50

DI. Fim: 30/10/2019 21:50

Cid Pré-Operatório: S627

FRATURAS MULTIPLAS DE DEDO(S)

Cid Pós-Operatório:

Procedimento: 0401010058

EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA (PRINCIPAL

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 29

BLOQ PLEXO BRAQUIAL

URGIAO
ESTESISTA

14583 EDGLEY MACIEL LACERDA JUNIOR
5083 GRACA MARIZA COUTO RIBEIRO PESSOA

Descrição Cirúrgica:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM MESA CIRÚRGICA
2. ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
4. LIMPEZA CIRÚRGICA EXAUSTIVA COM SF 0.9%
5. DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
6. SEM FRAGMENTOS PASSÍVEIS DE FIXAÇÃO COM FIO X
7. APROXIMAÇÃO DE FO
8. CURATIVO
9. RX DE CONTROLE

Intercorrências Cirúrgicas:

FUSÃO DIMINUÍDA NO FINAL DO PROCEDIMENTO. ALTO RISCO DE NECROSE DE POLPAS DIGITAIS.

Atos Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Edgley Lacerda
Traumato Onco-Ortop
CRM 14583

DR(A): EDGLEY MACIEL LACERDA JUNIOR
CRM: 14583

Edgley Lacerda
Solange Lya
Faturamento / SAME
05 NOV 2019

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA





HOSPITAL
CAMARA



UNSTÃO
IMIP
HOSPITALAR

FICHA DE ANESTESIA

Data

Atendimento

30/10/19

Paciente: **SEMPERINO JOSÉ DE ARAÚJA FILHO**

Sexo: **M** Idade: **72** Anos: **43** Peso: **75**

Cirurgia: **GRACA COUTO**

Nome do Cirurgião: **EDUARDO**

Urgência: ☐ NÃO ☐ SIM

Cirurgia: **Sutura de ferimentos do 3º e 4º QDE**

Horário

Q

Nº

Líquidos

CO

CO

CO

CO

CO

CO

CO

CO

CO

CO

CO

CO

CO

CO

CO

CO

CO

CO

CO

CO

CO

CO

CO

CO

CO

CO

CO

CO

CO

CO

CO

CO

CO

Drugs Usadas

Quantidade

250mg

10mg

2mg

8mg

Técnicas Anestésicas

Bloqueio do punho

(E)

Monitorização

☒ Centrao

☒ Oximetria

☒ PNI

☐ Sonda Visceral

☐ Oximetro

☐ Escal. PNI-Cardiac

☐ Oxímetro

☐ SPO

☐ Temperatura

☐ Swan-Ganz

☐ Analizador Gases

☐ PVC

☐ Estimulador do Nervos

☐ Linha Arterial

☐ Ventilador BIP Plus

Recomendada

☒ Aceite

☐ Sonda

☐ Intubação

☒ SPO

☐ Apert. Ext.

☐ UTI

☐ Externa

Interconectar:

☒ NÃO

☐ SIM

Descrição:

Observações:

Dr. Graca Couto
Médica
Anestesiologista
CRM 5083

Assinatura do Anestesiologista





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

[illegible]

CCID: 38251



Exame Físico:

Ademir - Manoel Cordeiro
Flora U

Antecedentes Pessoais:

Np

Medicações em Uso:

Np

Antecedentes Familiares:

Np

Hipótese Diagnóstica Principal:

*Expansão artro- e ligamentar para
o fêmur mobil.*

Hipóteses Diagnósticas Secundárias:

Plano Terapêutico:

Cabo de Santo Agostinho, *12/10/19*

Dr. Luciano L. Cordeiro Jr.
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 101.120.000/PE 25008

Assinatura e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES / PE
Hospital Metropolitano Sul - Dom Helder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE



GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: SEVERIANO JOSÉ Data: 30/12/19 Hora: 12:16
Cirurgião: SUS Lator: _____ Pacar: _____ Altura: _____

2 - EQUIPE MÉDICA:

Intérprete: DR. GILBERTO Anestesiologista: DR. GILBERTO
Assistente: _____ 2º Auxiliar: _____ Instrumentador: Luciano

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: SPINA LOMBAR D2-D3-D4 Início: 11:40 Término: 12:20
Anestesia: RAPIDO Início: 11:20 Término: _____

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

Estado (em): ☐ Bom ☒ Regular ☐ Grave
Nível de Consciência: ☒ Orientado ☐ Consciente ☐ Sonolento ☐ Coma
Respiração: ☒ Espontânea ☐ Entubado ☐ Traqueostomizado
Tricostomia: ☐ Sim ☒ Não
Chegada no CC em uso de: cateter

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

Posição Fowler: ☐ Lateral ☐ Dorso ☒ Ventral ☐ Ginecológica ☐
Banco de Sangue: ☐ Laboratório ☐ Radiologia ☐ Peça Cirúrgica: Sim ☐

6 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso: ☒ Monitor Cardíaco: ☒ Fil: ☒ Bomba CEC: ☐
Capnômetro: ☐ Monitor Ultrassom: ☐ Artroscópio: ☐ Microscópio: ☐
Cabo de Sonda: ☐ Local de Ponto: ☐ Intensificador: ☐
Cabo de Anestesia: ☒ Drenagem: ☐ Nº: _____
Aspirador: ☐
Capnógrafo: ☐
Cabo de Infusão: ☐ Bomba de Infusão: ☐
Cabo de Eletrodo: ☐ Início: _____ Término: _____
Cabo de Eletrodo: ☐ Início: _____ Término: _____
Cabo de Eletrodo: ☐ Início: _____ Término: _____

7 - PROCEDIMENTOS:

Cateter Urinário: ☐ Sim ☒ Não ☐ Função Venosa: ☐ Sim ☒ Não ☐
Sonda Nasal de Drenagem: ☐ Sim ☒ Não ☐ Sonda Gástrica: ☐ Sim ☒ Não ☐
Drenagem (Tipo e Local): ☐ Sim ☒ Não ☐
Cirurgia (Tipo e Local): ☐ Sim ☒ Não ☐ F-2

8 - NECESSIDADES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: _____ CIRURGIA: _____

9 - OBSERVAÇÕES:

10 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Transferido: ☐ Acordado: ☒ Risco: ☐ Entubado: ☐ Traqueostomizado: ☐
Sonda: ORPA ☐ S. Intestina: ☐ UCI: ☐ UTI: ☐ Ap: ☐ Residência: ☐

Data: 2/12/19 Hora: _____ Enfermeiro: JAN Cirurgião: CARLOS





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA:

Nome: Guilherme José da Ananda data: 30/10/19 Hora: 27:00 Registro: 123674
Leito de origem: _____

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: De Lig. Genua Anterior e Tricoma
Tipo de anestesia: Bloqueio de Runko
Equipe: Dr. E. Lado Anestesiata: Dr. Gracá Couto

3. Admissão

Estado geral: () Bom (x) Regular () Torporoso () Grave^o
Respiração: (x) Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () SVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não (x) Sim Onde: USD
Acesso Venoso Central: (x) Não () Sim Onde: _____
Drenos: (x) Não () Sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 146 x 100 mmHg FR: 20/min FC: 79 p/min SaPO₂: 93%
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVH/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	<u>93:15</u>	<u>93:45</u>	<u>00:00</u>	<u>00:30</u>	<u>01:00</u>	
PA	<u>152 x 96</u>	<u>137 x 78</u>	<u>153 x 88</u>	<u>139 x 108</u>	<u>149 x 100</u>	
FR	<u>18</u>	<u>23</u>	<u>24</u>	<u>21</u>	<u>21</u>	
FC	<u>82</u>	<u>72</u>	<u>90</u>	<u>81</u>	<u>83</u>	
SaPO ₂	<u>97%</u>	<u>93%</u>	<u>97%</u>	<u>96%</u>	<u>96%</u>	
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: _____ FC: _____ FR: _____ SaPO₂: _____ Glasgow: _____

Destino: () Enfermaria () UTI () Emergência () Ambulatório () Residência

Data: 31/10/19 Horários: 06:30h Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico: _____

Dr. Gracá Couto

Médico
Anestesiologista
CRM 15083

11/11/2019



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA BLOCO CIRÚRGICO - SRPA		IMIP HOSPITALAR	
Nome: <u>ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR</u>		Registro: <u>21639</u>	Leito: <u>1012</u>
Procedimento cirúrgico: <u>RESECTOMIA VESICULAR</u>		Data: <u>20/10/19</u>	Hora: <u>08:00</u>
DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS	
1. Ansiedade (☒)	☒ Encorajar verbalização dos sentimentos e medos ☒ Proporcionar apoio emocional ☒ Dar informação ao paciente e familiares ☐ Outros		
2. Ventilação prejudicada (☐)	☐ Manter decúbito elevado ☐ Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário ☐ Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz ☐ Manter o paciente em posição de Fowler ☐ Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR ☐ Instalar () Manter () Anotar oximetria de pulso ☐ Outros		
3. Padrão de eliminação urinária () Diminuído () Aumentado	☐ Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de <u>1</u> h ☐ Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen) ☐ Colocar o paciente em posição de Fowler ☐ Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição ☐ Registrar se: () Dor ao urinar ☐ Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea ☐ Outros		
4. Dor (☒) () Leve () Moderada () Severa	☒ Verificar qual posição adequada do paciente ☒ Avaliar a localização e a intensidade da dor ☒ Reavaliar a dor após 30 min. da administração da medicação ☒ Identificar fatores desencadeantes da dor ☒ Registrar características e intensidades da dor ☒ Outros ☐ Descrever características da lesão ☒ Realizar curativo a cada <u>4</u> h ☐ Realizar mudança de decúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação ☐ Medir débito de dreno de <u>1</u> h ☒ Manter curativo oclusivo por <u>4</u> h ☐ Outros		
5. Integridade tissular prejudicada (☒)	☐ Aferir pressão arterial de <u>1</u> min ☐ Manter elevado: ☒ Realizar curativo oclusivo ☐ Outros ☐ Pinçar dreno ao manusear o paciente ☒ Avaliar mobilização de dreno (tracionado) ☐ Manter repouso no leito em posição:		
6. Sangramento (☒) Local: <u>Local</u> () Leve () Moderada () Severo			
7. Imobilitade no leito prejudicada (☐)			

COD. 38606



IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: SEVERINO JOSE Data: 30/10/19 Registro: 151674
 Convênio: SUS Leito: _____ Hora: 21:00

2. Equipe médica:

Responsável: DR. ED GLEY 1º auxiliar: _____
 Assistente: DR. GUYLA Instrumentador: W. L. L. L.
 Circulante: W. L. L. L.

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
Lup	30.10.19 01 29.04.20774	
Capo To	30.10.19 02 29.04.20774	
Punho do Fato	30.10.19 01 29.04.20774	
Bastão do mão	30.10.19 02 29.04.20774	

CÓD. 38236



PACIENTE:	SOLVEDOR JOSE DE ARAUJO		DATA:	13/03/20
CIRURGIÃO:	DR. GAGLEY		RG:	121616
ANESTESISTA:	DR. GAGLEY		AUXILIAR:	
CIRURGIÃO:	DR. GAGLEY		ANESTESIA:	Bl. B. B.
ESTRUMENTADOR:	DR. GAGLEY		COORDENAÇÃO DO BLOCO:	3-64-240
CIRCULANTE:	CARLOS		COREN:	
ENFERMEIRA:	DANIELA		HORÁRIO INICIAL:	21:40
			HORÁRIO FINAL:	22:20

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
ADULHAS			
13x25	25x7	25x8	40x12
CARDIOPLEZIA	STIMPLEX	RAGUL2	RAGUL27
ATADURAS			
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
SAD 10CM	CESSADA 15CM	CESSADA 25CM	
CANULAS			
TRACHEOST 7.5	TRACHEOST 7.5	TRACHEOST 8.0	TRACHEOST 8.5
TRACHEOST 9.0			
CATETER			
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 18	SUBCLAVIA 18
PERI-URAL 17	JELCO 18	JELCO 18	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	
LIMPADORES			
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400
CURATIVOS			
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEY
EQUIPOS			
BOMBA	BOMBA FOTO	PISANQUE	P/SORO MACRO
EXTENSORES			
20CM	40CM	60CM	120CM
LAMINAS			
TUBO 11	BISTURI 12	BISTURI 13	BISTURI 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6	
LUVAS			
LUA 7.5	LUA 7.5	LUA 8.5	LUA 8.5
SERINGAS			
5ML	5ML	5ML	10ML
20ML	60ML	60ML CATETER	
AVENTAL CIRUR	55. COLDSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA M VIDEO
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXÃO 2VIAS	CONEXÃO 4VIAS
ELETRODOS	FILTRO UMDIF.	GAZES	GELFOAM
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
BIBENSOS			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCCÃO 3.2	SUCCÃO 4.8	SUCCÃO 6.4
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36
SONDAS			
ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ 2.0	ENDOTRAQ 2.5	ENDOTRAQ 3.0
ENDOTRAQ 3.5	ENDOTRAQ 4.0	ENDOTRAQ 4.5	ENDOTRAQ 5.0
ENDOTRAQ 5.5	ENDOTRAQ 6.0	ENDOTRAQ 6.5	ENDOTRAQ 7.0
ENDOTRAQ 7.5	ENDOTRAQ 8.0	ENDOTRAQ 8.5	ENDOTRAQ 9.0
FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
FOLEY 2VIAS 06	FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12
FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20
NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 16
NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4
URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20
FIOS CIRURGICOS			
ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDIACA
CROMADO 6	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 2
PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
VICRYL 6	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	CERA FIOSSO	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 8X75	ACO 1	ACO 4	ACO 6

COD. 38407





Hospital Metropolitano São Dom Helder Câmara
IMP Hospitalar
CNPJ: 09.039.744/0006-00

Fundação Professor Martiniano Fernandes
IMP HOSPITALAR
CNPJ: 09.039.744/0001-94

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 121874

Nome: SEVERINO JOSE DE ARRUDA FILHO

Mãe: INACIA COSME DE OLIVEIRA

End: RUA PROFESSORA JANDIRA DE ANDRADE LIMA

E-term: LEITO 12

Atendimento: 530997

Dt Cad: 30/10/2019

Dt Nasc: 28/01/1978

Bairro: CENTRO

Cidade: LIMOEIRO

CNS:

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- ☒ Confirmação sobre o paciente
 - Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado
 - Consentimento informado realizado
- ☒ Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
- ☒ Checagem do equipamento anestésico
- ☒ Oxímetro de pulso instalado e funcionando
- ☐ O paciente tem alguma alergia?
 - ☐ Não
 - ☐ Sim

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

- ☐ Não
- ☐ Sim e há equipamento disponível

Há risco de perda sanguínea > 500ml (7mL/kg em crianças)?

- ☐ Não
- ☐ Sim e há equipamento disponível

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- ☒ Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
- ☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam
 - Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- ☒ Sim
- ☐ Não se aplica

- ☐ Antecipação de eventos críticos:
 - ☐ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia?
Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? ↓

Exames de imagem estão disponíveis?

- ☒ Sim
- ☐ Não se aplica

- ☐ Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente?

- ☐ Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? *Sim*

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe

- ☒ Nome do procedimento realizado *LC + Suturação mão (E)*
- ☐ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica)
- ☐ Biópsias estão identificadas com o nome do paciente
- ☐ Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvidos *Não*
- ☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente *Pós-op/SRPA*





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200099608

Cidade: Limoeiro

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SEVERINO JOSE DE ARRUDA FILHO

Data do acidente: 30/10/2019

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURAS DE 3º E 4º DEDOS DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER. PG. 13, 14.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO 3º E 4º DEDOS DA MÃO ESQUERDA.

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 3º E 4º DEDOS DA MÃO ESQUERDA.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



PROCURAÇÃO

Ostorgante: Severino José de Arruda Filho, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão AN. Serviços Gerais, residente e domiciliado à Rua Rua Luiz Juviana Lima, nº 515, bairro Joaquim F. Silva, Município de Limoeiro, Estado de (o) PE, Cap. 55.100.000, portador(a) do RG nº 5.232.285, SSP/PE e CPF nº 053.820.224-61

Ostorgado: Jose Vieira da Costa, brasileiro(a), estado civil casado, profissão apresentado, residente e domiciliado(a) à Rua Av. Severino Linheiro, nº 516, bairro Centro, Município de Limoeiro, Estado de (o) PE, Cap. 55.100.000, portador (a) do RG nº 1340441, SSP/PE e CPF nº 170.688.354-49

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr(a) Severino José de Arruda Filho ocorrido em 30/10/2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento da quitação de indenização de Sinistro DPVAT, assim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Limoeiro (PE) 31 de Janeiro de 2020

CARTÓRIO
2º OFÍCIO
LIMOEIRO - PE
Tel: (81) 3628-0099

Severino José de Arruda Filho
Ostorgante
CPF Nº 053.820.224-61



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0079321/20
Vítima: SEVERINO JOSE DE ARRUDA FILHO
CPF: 053.820.224-61
CPF de: Próprio
Data do acidente: 30/10/2019
Titular do CPF: SEVERINO JOSE DE ARRUDA FILHO
Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE VIEIRA DA COSTA : 170.688.354-49

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

SEVERINO JOSE DE ARRUDA FILHO : 053.820.224-61

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/03/2020
Nome: JOSE VIEIRA DA COSTA
CPF: 170.688.354-49

JOSE VIEIRA DA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/03/2020
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200099608

Cidade: Limoeiro

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SEVERINO JOSE DE ARRUDA FILHO

Data do acidente: 30/10/2019

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURAS DE 3º E 4º DEDOS DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER. PG. 13, 14. ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO 3º E 4º DEDOS DA MÃO ESQUERDA.

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 3º E 4º DEDOS DA MÃO ESQUERDA.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

