Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

02/12/2020

Número: **0044153-86.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 1ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **28/08/2020**
Valor da causa: **R$ 7.087,50**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSEANE FRANCISCO DA SILVA (REPRESENTANTE)	PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71929241	02/12/2020 11:17	2754438_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Petição em PDF

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00441538620208172001

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSEANE FRANCISCO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente** na monta de **R$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)** , não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado *o quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 30 de novembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/12/2020 11:17:09
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120211170966800000070518422
Número do documento: 20120211170966800000070518422

Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

02/12/2020

Número: **0044153-86.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 1ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **28/08/2020**
Valor da causa: **R$ 7.087,50**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSEANE FRANCISCO DA SILVA (REPRESENTANTE)	PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71929260	02/12/2020 11:17	ANEXO 1	Outros (Documento)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200152013 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JOSANE GABRIELLY RODRIGUES CATANHO DA SILVA **Data do acidente:** 04/05/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA E FIBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO

Documentos complementares:

Observações: PÁG.15/16_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

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, 22 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200152013 **Vítima: JOSANE GABRIELLY RODRIGUES CATANHO DA SILVA**

Data do Acidente: 04/05/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSEANE FRANCISCO 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

Pag. 01803/01804 - carta_01 - INVALIDEZ

00010902

Carta nº 15716344

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/12/2020 11:17:09
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120211170978500000070518441
Número do documento: 20120211170978500000070518441

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, 29 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200152013 **Vítima: JOSANE GABRIELLY RODRIGUES CATANHO DA SILVA**

Data do Acidente: 04/05/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.
Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00993/00994 - carta_02 - INVALIDEZ

00030497

Carta nº 15733979

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, 24 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200152013 **Vítima: JOSANE GABRIELLY RODRIGUES CATANHO DA SILVA**

Data do Acidente: 04/05/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSEANE FRANCISCO 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$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R$ 2.362,50

Recebedor: **JOSEANE FRANCISCO DA SILVA**
Valor: **R$ 2.362,50**
Banco: **001**
Agência: **000001361-7**
Conta: **000010046405-X**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01727/01728 - carta_15R - INVALIDEZ
00010864

LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CREDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FISICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

http.. www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

É obrigatorio Representante Legal para:

Beneficiario entre 0 a 15 anos

Beneficiario entre 16 e 17 anos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIARIO OU REPRESENTANTE LEGAL

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCARIOS

CONTA POUPANÇA

CONTA CORRENTE

BANCO

AGENCIA

CONTA

AGENCIA

CONTA

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/12/2020 11:17:09
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120211170978500000070518441
Número do documento: 20120211170978500000070518441

LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CREDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FISICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

http.. www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

É obrigatorio Representante Legal para:

Beneficiario entre 0 a 15 anos

Beneficiario entre 16 e 17 anos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIARIO OU REPRESENTANTE LEGAL

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCARIOS

CONTA POUPANÇA

CONTA CORRENTE

BANCO

AGENCIA

CONTA

AGENCIA

CONTA

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/12/2020 11:17:09
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120211170978500000070518441
Número do documento: 20120211170978500000070518441

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 06ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO -
DP6ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **17E0096004584**

[illegible] registrada nesta unidade policial no dia **04/08/2017** às **13:02**

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado) que ocorreu no dia 4/8/2017 as 01:00

[illegible] AVENIDA CAXANGA 2500 [illegible] IPUTINGA RECIFE PERNAMBUCO BRASIL
[illegible] NAO INFORMADO

Pessoas envolvidas na ocorrência

[illegible]

Objetos envolvidos na ocorrência

[illegible]

Qualificação das pessoa(s) envolvida(s)

JOSEANE FRANCISCO DA SILVA (presente ao plantão) [illegible] Feminino [illegible] VANDETE MARIA DA SILVA [illegible] SEVERINO FRANCISCO DA SILVA [illegible] 21/10/86 [illegible] IGARASSU PERNAMBUCO BRASIL [illegible] 7422789 SDS/PE IRC [illegible] SOLTEIRO [illegible] GRAU COMPLETO [illegible] CAMAREIRA [illegible] 56030-000

[illegible] FRANCISCO DA SILVA (presente ao plantão) [illegible] Masculino [illegible] VANDETE MARIA DA SILVA [illegible] SEVERINO FRANCISCO DA SILVA [illegible] 25/10/1951 [illegible] IGARASSU PERNAMBUCO BRASIL

[illegible] WALLESON DA SILVA (presente ao plantão) [illegible] Feminino [illegible] JOSEANE FRANCISCO DA SILVA [illegible] DAILSON MONACO DA SILVA [illegible] 2003 [illegible] RECIFE PERNAMBUCO BRASIL

[illegible] JOSE DA SILVA (não presente ao plantão) [illegible] Masculino [illegible] NÃO

INFORMADO PERNAMBUCO BRASIL

JOSANE GRABRIELLY RODRIGUES CAZANHO DA SILVA (não presente ao planton) - [illegible] 27.11.2009 [illegible] NAO INFORMADO PERNAMBUCO BRASIL

Qualificação dos veículos envolvidos

FIAT UNO (VEICULO) [illegible] DURVAL JOSE DA SILVA [illegible] DURVAL JOSE DA SILVA
[illegible] AUTOMOVEL NÃO INFORMADO NÃO INFORMADO [illegible] UNIDADE NÃO INFORMADA

Complemento / Observação

AS VITIMAS PRESENTES RELATAM QUE TRAFEGAVAM NA AVENIDA CAXANGA SENTIDO CIDADE NOVA QUANDO O SENHOR DURVAL QUANDO O MESMO PERDEU O CONTROLE DO CARRO E SE CHOCOU COM UM POSTE

Assinatura das pessoas presente desta unidade policial

JOSEANE FRANCISCO DA SILVA
(VITIMA)

ROSERIO FRANCISCO DA SILVA
(VITIMA)

TAIRANNY WALLESCA DA SILVA
(VITIMA)

[illegible] ANTONIO FERRAZ GOIANA LEAL [illegible] 2727863

LIDER

DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP [illegible]

http://www.seguradoralider.com.br

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

Casos com vitima entre 0 a 15 anos

Casos com vitima entre 16 e 17 anos

Casos com vitima interditada com curador

REPRESENTANTE LEGAL DA VITIMA

Assinalar uma das opções abaixo:

SERVIÇO [illegible]

[illegible]

Substituto

Escrevente Autorizado

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

[illegible] de assentamento

[illegible]

[illegible] Maternidade [illegible] Casa Amarela [illegible]

[illegible] às 10:24 horas

[illegible]

[illegible] MARIA DA SILVA

[illegible] Apresentou [illegible]

[illegible] 27 de novembro de [illegible]

192

Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DATA: 01.04.2018
DN: 09.04.2018

Atendendo ao requerimento da Sra. **JOSEANE FRANCISCO DA SILVA**, portadora do Documento de Identidade nº **7422789** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **067.956.344-00**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-327403**, que no dia 04 de maio de 2017, a paciente Menor **JOSANE GABRIELLY RODRIGUES CATANHO DA SILVA**, foi atendida por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, por volta das 01h30, vítima envolvida em colisão entre motocicleta com poste, na Avenida Cavangá, imediações do Colégio [illegible], Cavangá, Recife/PE e sendo encaminhada para o Hospital da Restauração, [illegible] 09 de abril de 2018.

Dr. Sergio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

Dr. **Sergio Parente Costa**
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

PRÓTESE

HR

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

Numero do Registro

ETIQUETA

(ALERGIA À DIPIRONA)

803937

Data e Hora de Atendimento: 04/05/2017 02:23

Unidade de Entrada: EMERGENCIA PEDIATRIA

Atendimento Manual

Cod. Paciente: 1587827 Paciente: JOSANE GABRIELE RODRIGUES CATANHO DA SILVA SIC

Data de nascimento: 22/11/2009 Idade: 7a 5m 11d Sexo: FEMININO

Estado Civil: SOLTEIRO Profissão:

Acompanhante: SEM ACOMPANHANTE

Mãe: JOSEANE FRANCISCA SILVA

Endereço: RUA LAJES Nº: 49

Bairro: MUSTARDINHA Complemento:

Cidade: RECIFE UF: PE Telefone: 988213040

Observações: Cartão SUS 1576 3513 4

Tipo do Atendimento: ACIDENTE COLISAO ARVORE MURO POSTE

Procedência: VIA PUBLICA

Informações do Serviço Social: Relatório atendimento social

Confirmação de nome: arquivos em anexo [illegible]

Confirmação de endereço:

Assistente Social

Prioridades: Alta Caso Social

Encaminhamentos: Rede de apoio [illegible] Conselho Tutelar Delegacia Vara de Fam. [illegible]

Datas:

Observação:

Notificado 9 15h07

Vigilância Epidemiológica Hospitalar
VEH-HR/SES - NEPI

Assistente Social

Relato Clínico: criança vítima de acidente de carro em alta velocidade, passageira que ficou presa na ferragem do carro, mãe ejetada na pista. Bombeiros foram acionados e chegaram no local. Criança retirada do local sem acompanhante há 1h e 40min no momento. Criança consciente e orientada, sem queixa clínica no momento.

Atendimento Médico

Perda de consciência: Sim Não Edema Encefálico: Sim Não Acidente de Trabalho: Sim Não

Ambiente de Trabalho: Sim Não Tipo: Transtorno Metabólico: Sim

Intoxicação Química: Sim Não Tipo: Dose: Sim Não Alta

Condições de imobilização adequadas: Sim Não Por Quê?

Exame Físico:

A: Tipo: [illegible] Sim Não C: Colar cervical: Sim Não Tipo:

Criança consciente, orientada, [illegible]

B: Respiração: [illegible] [illegible] - [illegible]

C: Circulação: PA: FC: Pulso: [illegible]

[illegible]

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/12/2020 11:17:09
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120211170978500000070518441
Número do documento: 20120211170978500000070518441

D. Exame Neurológico — Deficiência motora: MSD ___ MSE ___ MID ___ MIE ___ Pupilas: Isocóricas ☒ Anisocóricas

Glasgow Abertura Ocular — Escore ___ Hora ___ | Glasgow Resposta Verbal — Escore ___ Hora ___ | Glasgow Resposta Motora — Escore 5 Hora ___

ECG = 15 Pupilas isocóricas

E. Exposição Abdômen: Estado, marcas

até dor à palpação de hipo direita de MID.

Diagnóstico Inicial: ~~Politrauma~~. TCE leve
Fratura exposta MID?

Cod. Procedimento: ___

Conduta:
Ortopedia
Traumato / RX MID / RX pelve / bacia
NCR / Cope
NB / HT
analgesia

Cirº Thiago Abreu
CRM 20.834

Ass. Médico: ___

Evolução de Enfermagem

Ass. Enfermagem: ___

Definição do Caso:
☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☒ Alta
Internado na Clínica
Transferido para

Condição de Alta:
☐ Curado ☒ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:
Médico ___ Data 10/5/17 Hora 14h

Termo de responsabilidade para internamento:
- Estou ciente das normas existentes neste nosocômio, pelas quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínico, cirúrgicos, incluso de transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários

Data: ___ Nome completo legível: ___
Nº da identidade: ___ Assinatura: ___

Termo de responsabilidade de alta a pedido:
- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir

Data: ___ Nome completo legível: ___
Nº da identidade: ___ Assinatura: ___

Data e Hora Impressão: 04-May-17

02h50' ortopedia para avaliar fratura exposta e avaliação
politrauma, deformidade em membro ⓓ com fenômeno
punitório em face lateral (1/3 distal) de membro ⓓ
coagulograma ok + 30 ml AD para em torno

ⓐ contusão
ⓑ tala coxa podálica
ⓒ avaliação ortopedia NCR

Dr. Fagner Athayde
Médico Ortopedista
CRM 6863 - TEOT 12551

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/12/2020 11:17:09
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120211170978500000070518441
Número do documento: 20120211170978500000070518441

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo MANCHESTER_V2

04 05 2017 02:17

Nome Paciente:	JOSANE GABRIELE RODRIGUES CATANHO DA S L
Cod. Paciente:	
Data de Nascimento:	22 11 2000
Sexo:	Feminino
Idade:	-
Senha:	EP0108
Convênio	
Atendimento:	

04 05 2017 02:17 - RUTHEANNE MELO DE SIQUEIRA - COREN: 308201 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade	AMARELO - URGENTE
Cor	AMARELO
Queixa Principal	VÍTIMA DE ACIDENTE DE CARRO POR VIOLÊNCIA CAUSADA, QUE APRESENTA FRATURA EXPOSTA EM MMSS, NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA E VOMITOS
Observação	SAMU
Fluograma e sintoma	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminadores	FRATURA EXPOSTA -
Especialidade	ORTOPEDIA
Alergias:	
Sinais Vitais Locais	- FEGUA DE DOR: 3

Acolhido(a) por: RUTHEANNE MELO DE SIQUEIRA
Data: 04/05 2017 02:17

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Ortomédica
COMÉRCIO ORTOPÉDICO LTDA.

Estrada do Encanamento 61 - Parnamirim
CEP: 52.060-210 - Recife - PE
CNPJ: 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140369-5
Fones: (81) 3268-0554 3441-6988 Fax: (81) 3269-6781

CONTROLE DE MATERIAIS UTILIZADOS EM CIRURGIA (RQ-06)

Nº 045397

1ª Via Fixa

Hospital: [illegible] Convênio: _____ Cidade: [illegible]

Nome do Paciente: [illegible] Data da Cirurgia: [illegible]

Medico: [illegible] Membro Operado: [illegible]

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT	LOTE
[illegible]		[illegible]	
[illegible]			
[illegible]		CATURADO	

PARAFUSOS CORTICAIS	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº					
	QUANT					
	LOTE					
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº					
	QUANT					
	LOTE					
PARAFUSOS CANULADOS	Nº					
	QUANT					
	LOTE					
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº					
	QUANT					
	LOTE					

INSTRUMENTADOR: _____

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/12/2020 11:17:09
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120211170978500000070518441
Número do documento: 20120211170978500000070518441

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Serviço de Traumato Ortopedia

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA ORTOPÉDICA

Por este instrumento particular o(a) paciente _____ ou seu responsável legal _____ internado neste Hospital com o registro _____ declara para todos os fins legais _____ especialmente do disposto no artigo 39, VI da Lei 8.078/90 que da plena autorização ao(a) medico(a) assistente _____ para proceder as investigações necessarias ao diagnostico do seu estado de saude, bem como executar o tratamento cirurgico designado de _____ e todos os procedimentos que o tratamento medico possa requerer, incluem inclusive anestesias ou outras condutas medicas que tal tratamento medico possa requerer podendo o referido profissional valer-se do auxilio de outros profissionais de saude.

Declara, outrossim, que o referido(a) medico(a) atendendo ao disposto no art. 59 do Código de Etica Medica e no art. 9 da Lei 8.078/90, sugeriu o tratamento medico-cirurgico anteriormente citado prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados tratamento sugerido e ora autorizado.

POSSIVEIS COMPLICAÇÕES:

1. Infecção local, regional ou disseminada
2. O surgimento de inchaço pós-operatório pode se estender por meses ou anos
3. A dor pode acompanhar o paciente por tempo variável
4. Necrose da pele
5. Rejeição do material
6. Pseudoartrose ou não consolidação óssea
7. Possibilidade de cicatrizes com formação de queloides
8. Possibilidade de necessitar novo procedimento cirurgico complementar
9. Parestesia e Paraplegia
10. Riscos inerentes ao procedimento anestesico
11. Morte

Declara ainda ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, comprometendo-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) medico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declara igualmente estar ciente de que o tratamento aceitado **não assegura a garantia de cura** e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) medico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso fica o(a) mesmo(a) autorizado(a) desde já a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessivel. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Recife, 4 de Maio de 2012

Assinatura do(a) paciente

Assinatura do responsavel

Assinatura do(a) medico(a)

RG _____

Nome _____

CPF 040.742.994-78

Nome _____

CRM _____

Nome _____

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/12/2020 11:17:09
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120211170978500000070518441
Número do documento: 20120211170978500000070518441

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente:

Enfermaria/Leito:

EVOLUÇÃO CLÍNICA

HR

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente: [illegible] [illegible]

Enfermaria Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

01/05/17 [illegible]

S: [illegible]

Pct chega de acidente automobilístico com ferimento [illegible] na [illegible] região abdominal

Abdome flácido, [illegible] [illegible] à palpação

CD [illegible] [illegible]
[illegible] [illegible] [illegible]

[illegible] [illegible] [illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible] - TRAUMATOLOGIA

[illegible] [illegible]

[illegible]

SRPA

04/05/13

PDI Fal. esporte aos do pai ⊖

Mãe ausente, avós, empresa

FC = 96

[illegible]

Cel. Alta de SR após efeito anestésico

04/05/13 Pais assistem a PDI de Oshos da [illegible] (D: SRL) (D), Alcoolismo, violência, Hipertensão, DPOC c/ IAT, nascimento de RN c/ hora de sangramento [illegible] Sem agit. no dia seguinte. Sente em [illegible]

04/05/13 - Enfermagem

Menor adolescente nesta enfermaria, procedente da SR acordada, afebril, eupneica, hipocorada, hidratada, retorno em MI D + escoriações. Mãe da NCE segue em cuidados [illegible]

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/12/2020 11:17:09
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120211170978500000070518441
Número do documento: 20120211170978500000070518441

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente | Enfermaria-Leito | Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

[illegible]

06/05/17 [illegible]

[illegible]

[illegible]

EVOLUÇÃO MÉDICA TRAUMATO

5/05/17 – 14:00

411-2 (587827) – Osane Gabriele Rodrigues Catarino da Silva (Px 005)

TA – Acidente automobilístico (a 03)

Fx exp: Ossos Perna D – 1/3 DPC tibia e fx exp – FE Transarticular TNZ D

DI: Cefaleia e vertigem

Evolui melhora com dor na perna e cefaleia, mas estável hemodinamicamente. Ao exame: MID Anteriorizado, ascultar + Nível de gesso presente, FD secretiva

HPP: NEN

CD: Tiveu Previsto + Gesso Rx + Acompanhamento conjunto com NCR e CIPE

Dr. [illegible]
[illegible]

04/05/17 – Traumatologia

HD: O fratura aberta de ossos da perna (15) direita exteriorizada de fragmento interno na imagem

Quadro de dor e mobilização de M.D

Há uma Boa perfusão distal, movimentos preservados

Edema moderado em M.D.

CD: Conduta mantida.

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/12/2020 11:17:09
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120211170978500000070518441
Número do documento: 20120211170978500000070518441

EVOLUÇÃO MEDICA TRAUMATO

6/05/17 – 14:00

411-2 ([illegible]) [illegible] Cabral Rodrigues Catarino da Silva [illegible]

[illegible]

[illegible] Ossos Perna D [illegible] - PE Transarto Jar TNZ D

[illegible]

Evolucionado [illegible] perna D e detalhada, mas estável clinicamente. Ao Exame: MID [illegible] - Mobilidade preservada - PO secretivo

[illegible]

CD: Agendado cirurgia + Acompanhamento conjunto com NUP

EVOLUÇÃO MEDICA TRAUMATO

7/05/17 – 14:00

411-2 [illegible] – Josiane Gabriele Rodrigues Catanho da Silva [illegible]

[illegible] Acidente [illegible]

Exame: Ossos Perna D, 3º DPO [illegible] Exame → RE Transarticular TNZ D

[illegible]

[illegible] Assintomática e estável clinicamente. Ao Exame: MID: Neurovascular + Mobilidade presentes, PD seletiva

HPP: NDN

CD: Aguardo [illegible] Acompanhamento conforme com NCP

EVOLUÇÃO MÉDICA TRAUMATO

8/05/17 – 14:00

411-2 1587817 – Josane Gabriele Rodrigues Catarino da Silva (04/09)

Pa: Acidente automobilístico (05/

Fx esp. Osso sacro D. 4/5 LPU ilíaco D. Fx ex D. + FE transarticular MIE D

04 Cefaleia + Náusea

Evolui com torpor e estável hemodinamicamente. Ao exame: Mio/Neurovascular + Mobilidade preservada. FC limpa

HPP: NGN

CD: Aguarda ortopedia. Compensação hemodinâmica. Monitor NCP

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/12/2020 11:17:09
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120211170978500000070518441
Número do documento: 20120211170978500000070518441

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Operador

1º Assistente

2º Assistente

Anestesista

Anestesia

Duração

Data da Operação

Fim

Diagnóstico Pré-Operatório

Diagnóstico Pós-Operatório

Operação Proposta

Operação Realizada

SDE 0341

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/12/2020 11:17:09
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120211170978500000070518441
Número do documento: 20120211170978500000070518441

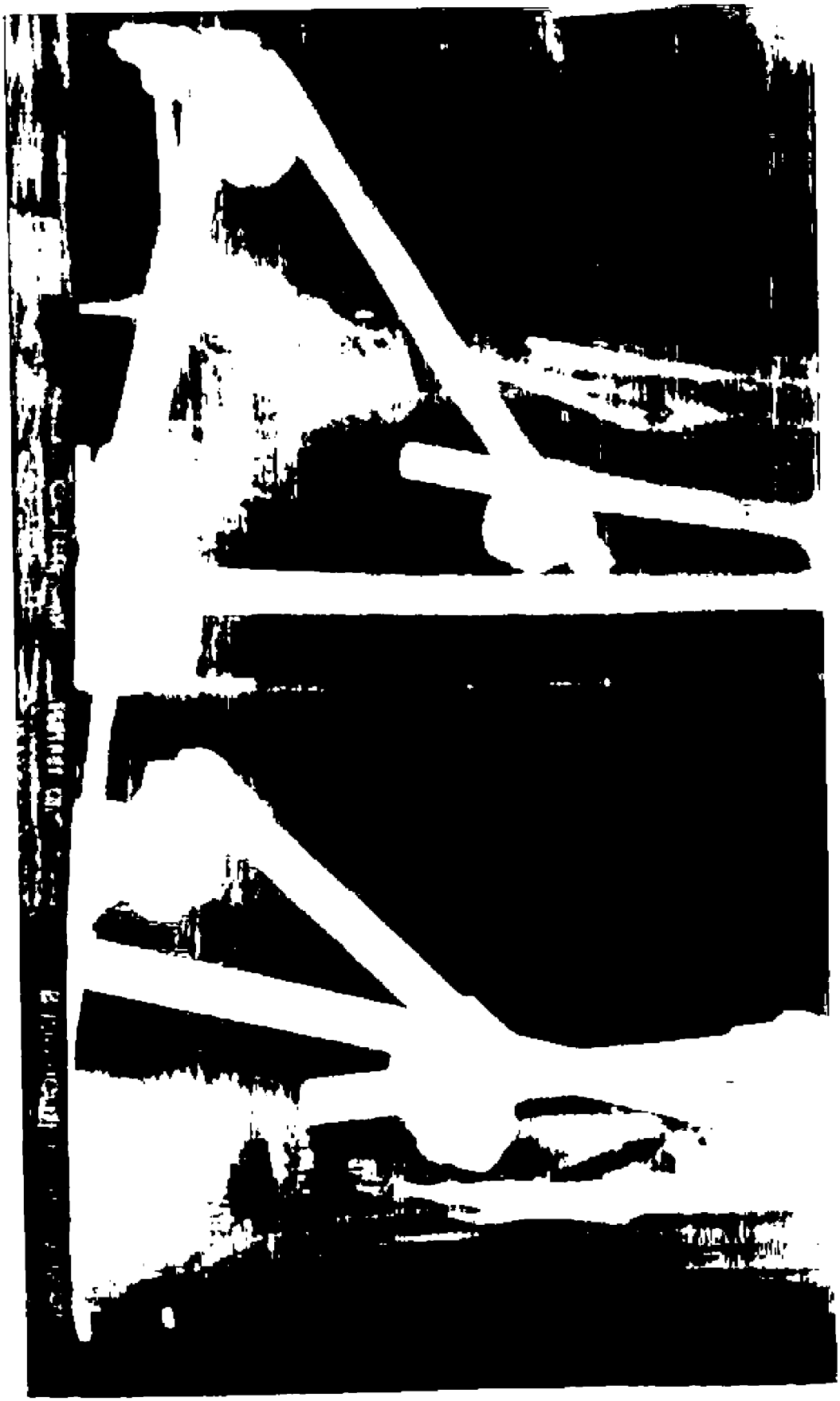
FICHA DE ANESTESIA

Data

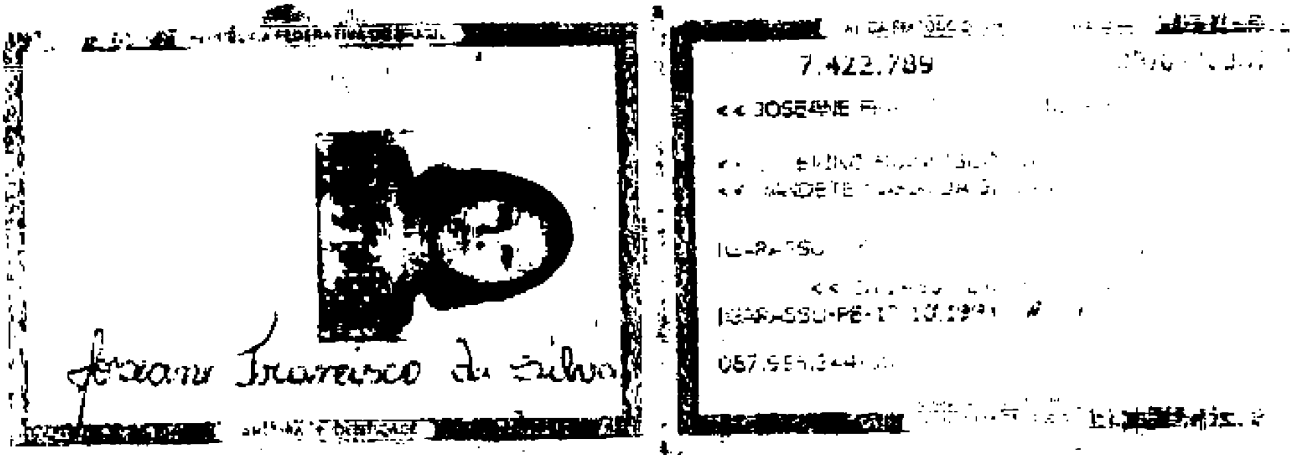
HOSPITAL RESTAURAÇÃO

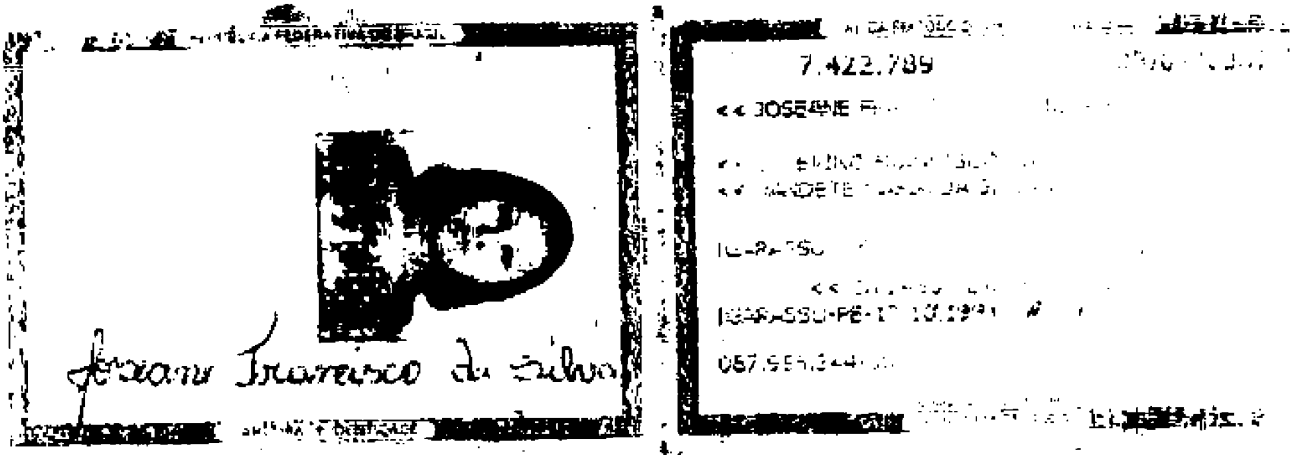
PERNAMBUCO

Não X Sim



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/12/2020 11:17:09
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120211170978500000070518441
Número do documento: 20120211170978500000070518441


7.422.789
<< JOSEANE
087.999.344


7.422.789
<< JOSEANE
087.999.344

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200152013 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JOSANE GABRIELLY RODRIGUES CATANHO DA SILVA **Data do acidente:** 04/05/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA E FIBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO

Documentos complementares:

Observações: PÁG.15/16_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0118345/20

Vítima: JOSANE GABRIELLY RODRIGUES CATANH

Data do acidente: 04/05/2017

CPF: 067.956.344-00

CPF de: Representante

Titular do CPF: JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSEANE FRANCISCO DA SILVA : 067.956.344-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

JOSANE GABRIELLY RODRIGUES CATANHO DA SILVA : 067.956.344-00

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: 20/04/2020
Nome: JOSEANE FRANCISCO DA SILVA
CPF: 067.956.344-00

JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/04/2020
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Caroliny Lins Veloso

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/05/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 2.362,50

*******TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

BANCO: 001
AGÊNCIA: 01361-7
CONTA: 000010046405-X

Nr. da Autenticação 2F9BD5112FFF45DD

LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CREDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FISICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

http.. www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

É obrigatorio Representante Legal para:

Beneficiario entre 0 a 15 anos

Beneficiario entre 16 e 17 anos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIARIO OU REPRESENTANTE LEGAL

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCARIOS

CONTA POUPANÇA

CONTA CORRENTE

BANCO

AGENCIA

CONTA

AGENCIA

CONTA


locard
VISA

LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CREDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FISICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

http.. www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

É obrigatorio Representante Legal para:

Beneficiario entre 0 a 15 anos

Beneficiario entre 16 e 17 anos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIARIO OU REPRESENTANTE LEGAL

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCARIOS

CONTA POUPANÇA

CONTA CORRENTE

BANCO

AGENCIA

CONTA

AGENCIA

CONTA

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/12/2020 11:17:09
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120211170978500000070518441
Número do documento: 20120211170978500000070518441

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 06ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO -
DP6ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **17E0096004584**

[illegible] registrada nesta unidade policial no dia **04/08/2017** às **13:02**

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado) que ocorreu no dia 4/8/2017 as 01:00

[illegible] AVENIDA CAXANGA 2500 [illegible] IPUTINGA
RECIFE PERNAMBUCO BRASIL
[illegible] NAO INFORMADO

Pessoas envolvidas na ocorrência

[illegible]

Objetos envolvidos na ocorrência

[illegible]

Qualificação das pessoa(s) envolvida(s)

JOSEANE FRANCISCO DA SILVA (presente ao plantão) [illegible] Feminino [illegible] VANDETE MARIA DA SILVA [illegible] SEVERINO FRANCISCO DA SILVA [illegible] 21/10/86 [illegible] IGARASSU PERNAMBUCO BRASIL [illegible] 7422789 SDS/PE [illegible] SOLTEIRO [illegible] GRAU COMPLETO [illegible] CAMAREIRA [illegible] 88030802

[illegible] FRANCISCO DA SILVA (presente ao plantão) [illegible] Masculino [illegible] VANDETE MARIA DA SILVA [illegible] SEVERINO FRANCISCO DA SILVA [illegible] 25/10/1951 [illegible] IGARASSU PERNAMBUCO BRASIL

[illegible] GALLERIO DA SILVA (presente ao plantão) [illegible] Feminino [illegible] JOSEANE FRANCISCO DA SILVA [illegible] DANIEL MONACO DA SILVA [illegible] 2003 [illegible] RECIFE PERNAMBUCO BRASIL

[illegible] JOSE DA SILVA (não presente ao plantão) [illegible] Masculino [illegible] NÃO

INFORMADO PERNAMBUCO BRASIL

JOSANE GRABRIELLY RODRIGUES CAZANHO DA SILVA (não presente ao planton) - [illegible] 27.11.2009 [illegible] NAO INFORMADO PERNAMBUCO BRASIL

Qualificação dos condutores envolvidos

FIA[illegible] (VEICULO) [illegible] DURVAL JOSE DA SILVA [illegible]
[illegible] DURVAL JOSE DA SILVA
[illegible] AUTOMOVEL NÃO INFORMADO NÃO INFORMADO [illegible]
[illegible] UNIDADE NÃO INFORMADA

Complemento / Observação

A[illegible] VITIMAS PRESENTES RELATAM QUE TRAFEGAVAM NA AVENIDA CAXANGA SENTIDO CIDADE NOVA QUANDO O SENHOR DURVAL QUANDO O MESMO PERDEU O CONTROLE DO CARRO E SE CHOCOU COM UM POSTE

Assinatura das pessoas presente desta unidade policial

JOSEANE FRANCISCO DA SILVA
(VITIMA)

ROSERIO FRANCISCO DA SILVA
(VITIMA)

TAIRANNY WALLESCA DA SILVA
(VITIMA)

[illegible] ANTONIO FERRAZ GOIANA LEAL [illegible] 2727863

LIDER

DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP [illegible]

http://www.seguradoralider.com.br

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

Casos com vitima entre 0 a 15 anos

Casos com vitima entre 16 e 17 anos

Casos com vitima interditada com curador

REPRESENTANTE LEGAL DA VITIMA

Assinalar uma das opções abaixo:

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

192

Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DATA: 01.04.2018
DN: 09.04.2018

Atendendo ao requerimento da Sra. **JOSEANE FRANCISCO DA SILVA**, portadora do Documento de Identidade nº **7422789** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **067.956.344-00**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-327403**, que no dia 04 de maio de 2017, a paciente Menor **JOSANE GABRIELLY RODRIGUES CATANHO DA SILVA**, foi atendida por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, por volta das 01h30, vítima envolvida em colisão entre motocicleta com poste, na Avenida Cavangá, imediações do Colégio [illegible], Cavangá, Recife/PE e sendo encaminhada para o Hospital da Restauração, [illegible] 09 de abril de 2018.

Dr. Sergio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

Dr. **Sergio Parente Costa**
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

PRÓTESE

HR

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Numero do Registro

Ficha de Atendimento

ETIQUETA

(ALERGIA A DIPIRONA)

803937

Data e Hora de Atendimento: 04/05/2017 02:23

Unidade de Entrada: EMERGENCIA PEDIATRIA

Atendimento Manual:

Cod. Paciente: 1587827 Paciente: JOSANE GABRIELE RODRIGUES CATANHO DA SILVA SIC

Data de nascimento: 22/11/2009 Idade: 7a 5m 11d Sexo: FEMININO

Estado Civil: SOLTEIRO Profissão:

Acompanhante: SEM ACOMPANHANTE

Nome da Mãe: JOSEANE FRANCISCA SILVA

Pai: [illegible] Cartão SUS:

Endereço: RUA LAJES Número: 49

Bairro: MUSTARDINHA Complemento:

Cidade: RECIFE UF: PE Telefone: 988213040

Observações: Rua de fora 15763134

Tipo do Atendimento: ACIDENTE COLISAO ARVORE MURO POSTE

Procedência: VIA PUBLICA

Informações do Serviço Social: Relatório atendimento social

Confirmação de nome: arquivos [illegible] Fotos.

Confirmação de endereço:

Assistente Social

Prioridades: Alta Caso Social

Encaminhamentos: Rede de apoio [illegible] Conselho Tutelar Delegacia Vara Fam. [illegible]

Outros:

Observação:

Notificado 9.5.17

Vigilância Epidemiológica Hospitalar
VEH-HR/SES - NEPI

Assistente Social

Queixa principal: criança vítima de acidente de carro em uma ampola, passageira que ficava atrás no banco do carro, mãe grávida no 9º mês. Motorista bateu em um poste e criança foi com cabeça [illegible] sem acompanhante há 7 h e 40min no momento.

Lesão: hemorragia e possível concussão cerebral por trauma.

Atendimento Médico

Perda de consciência: Sim Não Sintoma Emético: Sim Não Acidente de Trabalho: Sim Não

Acidente de Trânsito: Sim Não Tipo: Transporte realizado em: Refere cefaleia

Intoxicação Oculta: Sim Não Tipo: Dor Local: Sim Não Alta

Condições de limitação específicas: Sim Não Por Lei:

Exame Físico:

A: Tipo: [illegible] Sim Não C: Cabeça de Teste: Sim Não Tipo:

Eupnéia, [illegible] [illegible] [illegible]

B: Respiratório: [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]

C: Circulatório: Pa: [illegible] Pulso: [illegible]

[illegible]

D. Exame Neurológico — Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ — Pupilas: Isocóricas ☒ Anisocóricas ☐

Glasgow Abertura Ocular — Escore ___ Hora ___ | Glasgow Resposta Verbal — Escore ___ Hora ___ | Glasgow Resposta Motora — Escore 5 Hora ___

ECG = 15 Pupilas isocóricas

E. Exposição Abdômen: Distendido, maciço

sinal da palpação de braço direito de MID.

Diagnóstico Inicial: ~~Politrauma~~. TCE leve
Fratura exposta MID?

Cod. Procedimento: ___

Conduta:
Ortopedia
Traumato / RX MID / RX pelve / bacia
NCR / Cope
HB / HT
analgesia

Cirº Thiago Abreu
CRM 20.834

Ass. Médico: ___

Evolução de Enfermagem

Ass. Enfermagem: ___

Definição do Caso:
☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☒ Alta
Internado na Clínica
Transferido para

Condição de Alta:
☐ Curado ☒ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:
Médico ___ Data 10/5/17 Hora 14h

Termo de responsabilidade para internamento:
- Estou ciente das normas existentes neste nosocômio, pelas quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínico, cirúrgicos, incluso de transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: ___ Nome completo legível ___
Nº da identidade ___ Assinatura ___

Termo de responsabilidade de alta a pedido:
- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: ___ Nome completo legível ___
Nº da identidade ___ Assinatura ___

Data e Hora Impressão: 04-May-17

02h50' ORTOPEDIA PARA MOTIVO FRATURA SUGERIDA POR O. AFIRMA POLITRAUMA, DEFORMIDADE EM PERNA ⓓ CO- FERIDA PUNTIFORME EM FACE LATERAL (1/3 DISTAL) DE PERNA ⓓ
CONGESTIONADA ++ / 30-40 AD PASSIVA EM EVERTO
ⓐ CONTUSÃO
ⓑ FALSA CAMA POPLÍTEA
ⓒ SUGERIDO INVESTIGAÇÃO NCR

Dr. Fagner Athayde
Médico Ortopedista
CRM 6863 - TEOT 12551

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/12/2020 11:17:09
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120211170978500000070518441
Número do documento: 20120211170978500000070518441

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo MANCHESTER_V2

04 05 2017 02:17

Nome Paciente:	JOSANE GABRIELE RODRIGUES CATANHO DA S L
Cod. Paciente:	
Data de Nascimento:	22 11 2010
Sexo:	Feminino
Idade:	-
Senha:	EP0108
Convênio	
Atendimento:	

04 05 2017 02:17 - RUTHEANNE MELO DE SIQUEIRA - COREN: 308201 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade	AMARELO - URGENTE
Cor	AMARELO
Queixa Principal	VÍTIMA DE ACIDENTE DE CARRO POR HOJE TA CASA FRATURA E HOJE APRESENTA FRATURA EXPOSTA EM M.I. NEGA PERDA DE CONSCIENCIA E VOMITOS
Observação	SAMU
Fluograma e sintoma	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminadores	FRATURA EXPOSTA -
Especialidade	ORTOPEDIA
Alergias:	
Sinais Vitais Locais	- ESCALA DE DOR: 3

Acolhido(a) por: RUTHEANNE MELO DE SIQUEIRA
Data: 04/05 2017 02:17

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/12/2020 11:17:09
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120211170978500000070518441
Número do documento: 20120211170978500000070518441

Ortomédica
COMÉRCIO ORTOPÉDICO LTDA.

Estrada do Encanamento 61 - Parnamirim
CEP: 52.060-210 - Recife - PE
CNPJ: 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140369-5
Fones: (81) 3268-0554 3441-6988 Fax: (81) 3269-6781

CONTROLE DE MATERIAIS UTILIZADOS EM CIRURGIA (RQ-06)

Nº 045397

1ª Via Fixa

Hospital: [illegible] Convênio: _____ Cidade: [illegible]

Nome do Paciente: [illegible] Data da Cirurgia: [illegible]

Medico: [illegible] Membro Operado: [illegible]

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT	LOTE
[illegible]		[illegible]	
[illegible]			
[illegible]		CATURADO	

PARAFUSOS CORTICAIS	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº					
	QUANT					
	LOTE					
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº					
	QUANT					
	LOTE					
PARAFUSOS CANULADOS	Nº					
	QUANT					
	LOTE					
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº					
	QUANT					
	LOTE					

INSTRUMENTADOR: _____

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/12/2020 11:17:09
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120211170978500000070518441
Número do documento: 20120211170978500000070518441

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Serviço de Traumato Ortopedia

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA ORTOPÉDICA

Por este instrumento particular o(a) paciente _____ ou seu responsável legal _____ internado neste Hospital com o registro _____ declara para todos os fins legais _____ especialmente do disposto no artigo 39, VI da Lei 8.078/90 que da plena autorização ao(a) medico(a) _____ para proceder as investigações necessarias ao diagnostico do seu estado de saude, bem como executar o tratamento cirurgico designado de _____ e todos os procedimentos que o tratamento medico possa requerer, incluem inclusive anestesias ou outras condutas medicas que tal tratamento medico possa requerer podendo o referido profissional valer-se do auxilio de outros profissionais de saude.

Declara, outrossim, que o referido(a) medico(a) atendendo ao disposto no art. 59 do Código de Etica Medica e no art. 9 da Lei 8.078/90, sugeriu o tratamento medico-cirurgico anteriormente citado prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados tratamento sugerido e ora autorizado.

POSSIVEIS COMPLICAÇÕES:

1. Infecção local, regional ou disseminada
2. O surgimento de inchaço pos-operatorio pode se estender por meses ou anos
3. A dor pode acompanhar o paciente por tempo variavel
4. Necrose da pele
5. Rejeição do material
6. Pseudoartrose ou não consolidação ossea
7. Possibilidade de cicatrizes com formação de queloides
8. Possibilidade de necessitar novo procedimento cirurgico complementar
9. Parestesia e Paraplegia
10. Riscos inerentes ao procedimento anestesico
11. Morte

Declara ainda ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, comprometendo-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) medico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si(ou ao paciente).

Declara igualmente estar ciente de que o tratamento aceitado **não assegura a garantia de cura** e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) medico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso fica o(a) mesmo(a) autorizado(a) desde já a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessivel. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Recife, 4 de Maio de 2012

Assinatura do paciente

Assinatura do responsavel

Assinatura do medico

RG _____

Nome _____

CPF 040.742.994-78

Nome _____

CRM _____

Nome _____

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/12/2020 11:17:09
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120211170978500000070518441
Número do documento: 20120211170978500000070518441

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente:

Enfermaria/Leito:

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente [illegible] Enfermaria Leito Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

04/05/17 [illegible]

S: [illegible]

Pct vítima de acidente automobilístico
com [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]
[illegible] abdominal

Abdome flácido, [illegible]
[illegible] à palpação

CD: [illegible] [illegible]
[illegible] [illegible] [illegible] da traumato

04/05/17 [illegible]

[illegible]

07/05/17 — TRAUMATOLOGIA

07h05 [illegible]

STPA

04/05/13

TDI Fal. esporte anos
do pai

Mãe ausente, vende,
empresa
FC = 96
[illegible]

Cel. Alta de SR após efeito
anestésico

04/05/17 Pais positivos em PDI de Oshos de fim
(D: SR) (D), Alcoolismo, violência, Hipertensão, DD c/
TAT, nascimento de PO c/ hora de Sangramento [illegible]
Dr. [illegible] em [illegible] Jesus [illegible]

04/05/17 - Enfermagem
Menor adolescente nesta enfermaria, procedente da
ER acordada, afebril, eupneica, hipocorada, hidratada
ativo em MI D + escoriações. Mãe NEG Segundo
cuidadores pensa

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/12/2020 11:17:09
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120211170978500000070518441
Número do documento: 20120211170978500000070518441

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente | Enfermaria-Leito | Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

[illegible]

06/05/17 [illegible]

[illegible]

[illegible]

EVOLUÇÃO MÉDICA TRAUMATO

5/05/17 – 14:00

411-2 (587827) – Josane Gabriele Rodrigues Catarino da Silva (Px 05)

TA – Acidente automobilístico (a 03)

Fx exp: Ossos Perna D – 1/3 DPC tibia e fx exp – FE Transarticular TNZ D

DI: Cefaleia e vertigem

Evolui c/ mia com dor na perna e cefaleia, mas estável hemodinamicamente. Ao exame: MID Anteroposterior + Nível + lado presentes, FO secretivo

HPP: NEN

CD: Tireoidite + Anemia Fx + Acompanhamento conjunto com NCR e CIPE

Dr. [illegible]
[illegible]
CRM [illegible]

04/05/17 – Traumatologia

HD: 01 fratura aberta de ossos da perna (15) direita exposta de fíbula e fratura interna na imagem

Quadro de dor e mobilização de M.D

Não como Bom referindo dores [illegible] piorando

Coloca [illegible] em M.D.

CD: 01 Analgésico [illegible]

EVOLUÇÃO MEDICA TRAUMATO

6/05/17 – 14:00

411-2 ([illegible]) [illegible] Cabral Rodrigues Catarino da Silva [illegible]

[illegible]

[illegible] Ossos Perna D [illegible] – PE Transarticular TNZ D

[illegible]

Evolucionado [illegible] perna D e detalhada, mas estável clinicamente. Ao Exame: MID [illegible] – Mobilidade preservada – PO secretivo

[illegible]

CD: Agendar cirurgia + Acompanhamento conjunto com NUP

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/12/2020 11:17:09
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120211170978500000070518441
Número do documento: 20120211170978500000070518441

EVOLUÇÃO MEDICA TRAUMATO

7/05/17 – 14:00

411-2 [illegible] – Josiane Gabriele Rodrigues Catanho da Silva [illegible]

[illegible] Acidente [illegible]

Exame: Ossos Perna D, 3º DPO [illegible] Exame + RE Transarticular TNZ D

[illegible]

[illegible] Assimétrica e estável clinicamente. Ao Exame: MID Neurovascular + Mobilidade presentes, PD seletiva

HPP: NDN

CD: Aguardo [illegible] Acompanhamento conforme com NCP

EVOLUÇÃO MÉDICA TRAUMATO

8/05/17 – 14:00

411-2 1587817 – Josane Gabriele Rodrigues Catarino da Silva (04/09)

Pa: Acidente automobilístico (05/

Fx esp. Osso sacro D. 4V (UPU) tubo. r. Fx ex D. + FE transarticular MI D

04 Cefaleia + Náusea

Evolui com torpitude e estável hemodinamicamente. Ao exame: Mito Neurovascular + Mobilidade preservada. FC limpa

HPP: NDN

CD: Aguarda ortopedia. Compensação hemodinâmica. Monitorar NCP

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Operador

1º Assistente

2º Assistente

Anestesista

Anestesia

Duração

Data da Operação

Fim

Diagnóstico Pré-Operatório

Diagnóstico Pós-Operatório

Operação Proposta

Operação Realizada

SDE 0341

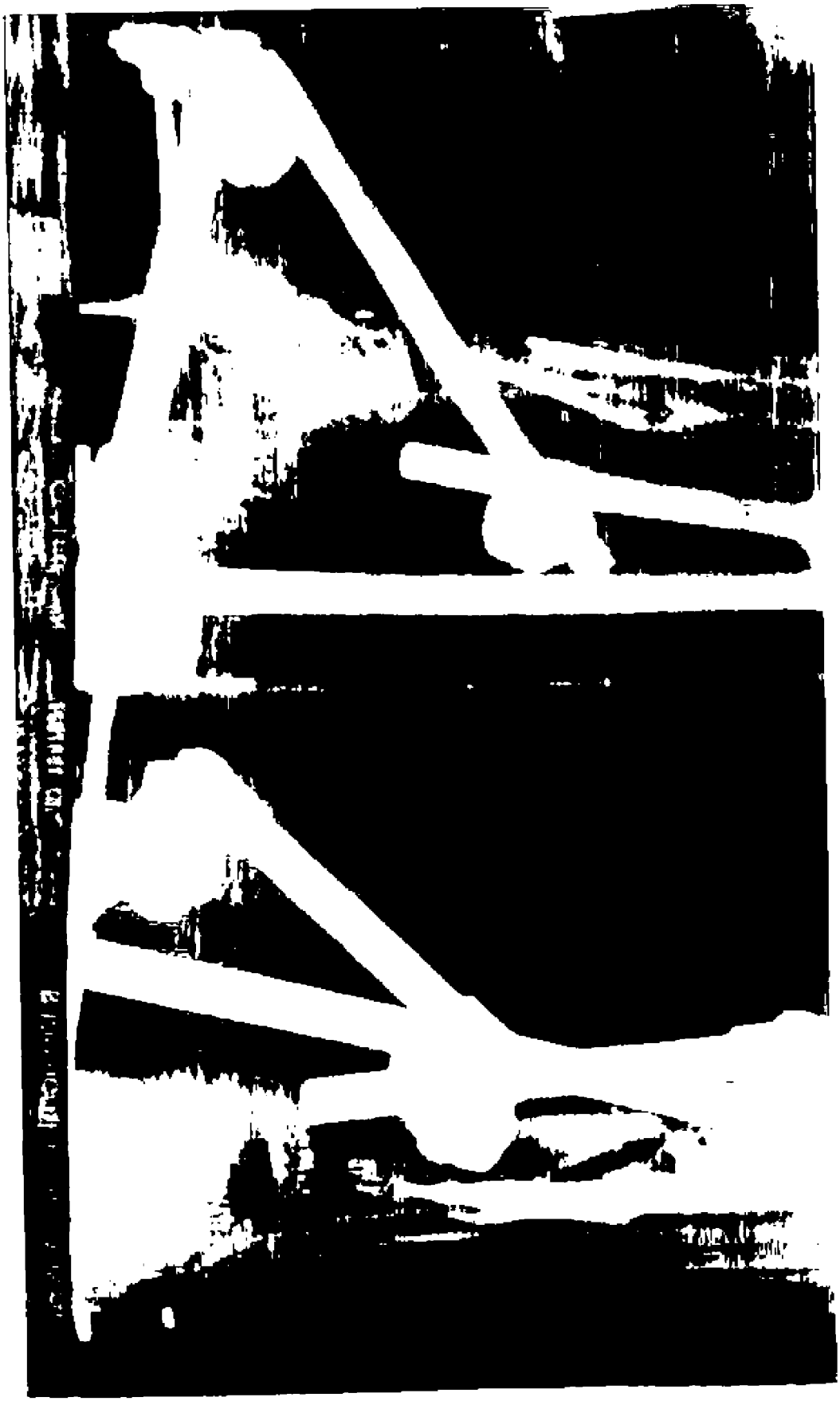
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/12/2020 11:17:09
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120211170978500000070518441
Número do documento: 20120211170978500000070518441

FICHA DE ANESTESIA

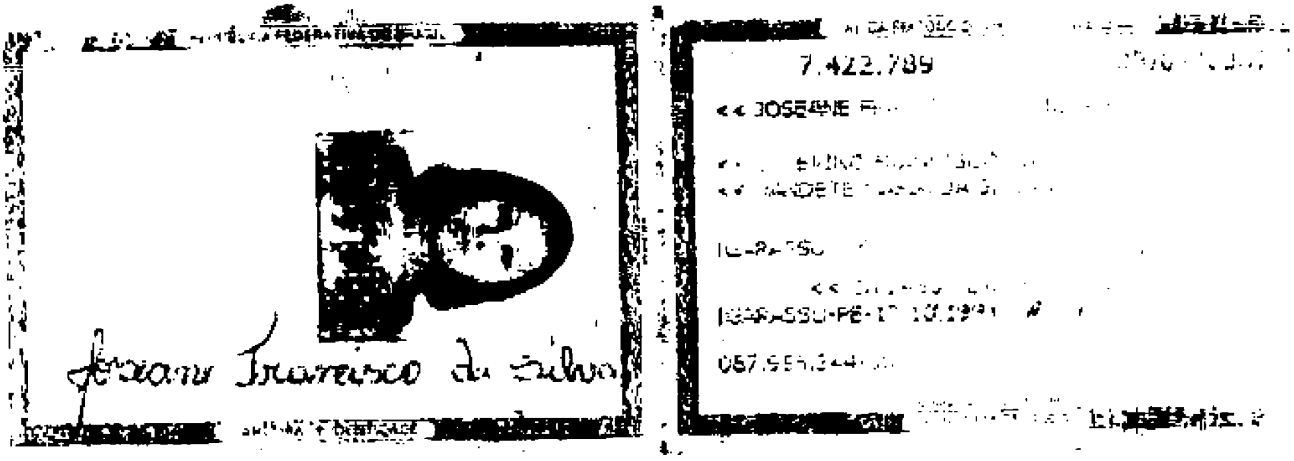
Data

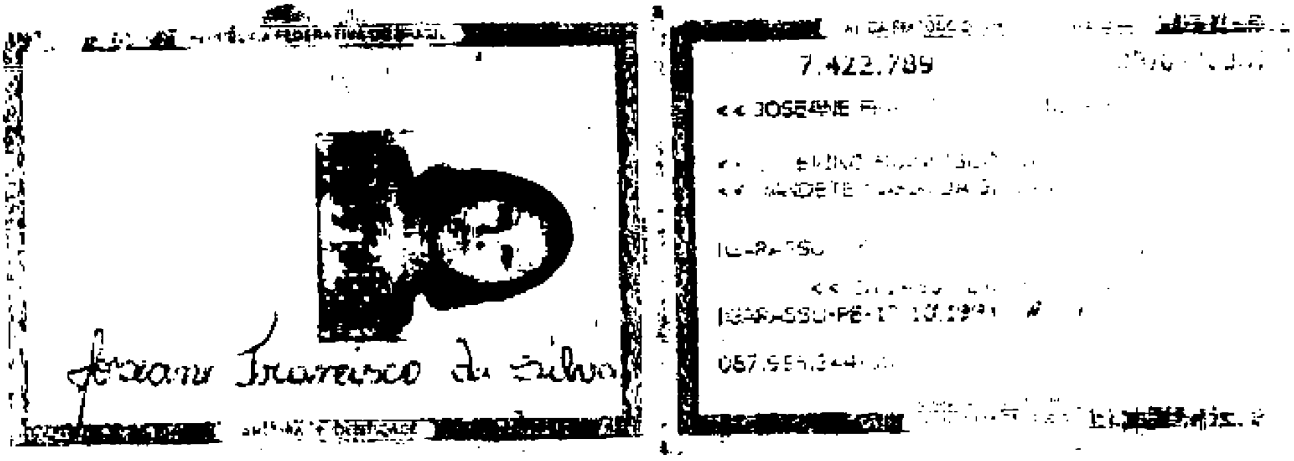
HOSPITAL CARPETAURAÇÃO

PERNAMBUCO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/12/2020 11:17:09
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120211170978500000070518441
Número do documento: 20120211170978500000070518441


7.422.789
<< JOSEANE
087.999.344


7.422.789
<< JOSEANE
087.999.344

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0116259/20

Vítima: JOSEANE GABRIELLY RODRIGUES CATAN

Data do acidente: 04/05/2017

CPF: 067.956.344-00

CPF de: Representante

Titular do CPF: JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSEANE FRANCISCO DA SILVA : 067.956.344-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

JOSEANE GABRIELLY RODRIGUES CATANHO DA SILVA : 067.956.344-00

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: 16/04/2020
Nome: JOSEANE FRANCISCO DA SILVA
CPF: 067.956.344-00

JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/04/2020
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Caroliny Lins Veloso

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01361-7

CONTA: 000010046405-X

Nr. da Autenticação 2F9BD5112FFF45DD