



Número: **0001473-06.2020.8.17.3030**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Palmares**

Última distribuição : **18/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.437,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GENILVA FERREIRA DE ARAUJO (AUTOR)		GUILHERME TRINDADE HENRIQUES BEZERRA CAVALCANTI (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68042 460	18/09/2020 15:13	Petição Inicial	Petição Inicial
68042 474	18/09/2020 15:13	Documentos - Genilva Ferreira	Documento de Comprovação
68042 475	18/09/2020 15:13	Documentos - Genilva Ferreira	Documento de Comprovação
68042 477	18/09/2020 15:13	Documentos - Genilva Ferreira	Documento de Comprovação
68042 479	18/09/2020 15:13	Documentos - Genilva Ferreira	Documento de Comprovação
68042 481	18/09/2020 15:13	Documentos - Genilva Ferreira	Documento de Comprovação
68043 432	18/09/2020 15:13	Documentos - Genilva Ferreira	Documento de Comprovação
68214 772	18/09/2020 17:56	Despacho	Despacho
68300 169	21/09/2020 15:34	Citação	Citação
69413 637	13/10/2020 15:47	Despacho	Despacho

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ____ VARA CÍVEL DA COMARCA DE PALMARES-PE

GENILVA FERREIRA DE ARAÚJO, brasileira, portadora da cédula de identidade 4.000.128 SDS/PE, inscrita no CPF sob nº 040.601.734-44, domiciliada na Rua Tenente Everaldo, nº 347, Santo Antônio, Palmares – PE, CEP 55540-000, E-mail do advogado: coordenacao@vieiraecavalcanti.com.br, vem respeitosamente à presença de Vossa Excelência por seu advogado infra-assinado (instrumento de procuração doc. anexo), com fulcro no art. 319 e ss do Código de Processo Civil, ajuizar a presente:

**AÇÃO ORDINÁRIA DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA
DPVAT**

com fulcro na Lei 8.441/92, que dá nova redação à Lei Federal nº 6.194/74, e nos demais dispositivos legais aplicáveis à espécie, em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº 09.248.608/0001-04, situada na Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro - RJ, CEP - 20031-205, pelo que declara e passa a expor:

PRELIMINARMENTE

DA GRATUIDADE DA JUSTIÇA

Requer a concessão do benefício da Justiça Gratuita à parte autora, vez que não possui meios para arcar com as custas deste processo sem prejuízo de seu sustento e de sua família, conforme comprova através de documento em anexo. Fundamenta seu pedido nos arts. 4º e seguintes da lei nº 1.060/50, com redação dada pela Lei nº 7.510/86, e art. 5º, LXXIV da CF.

DA COMPETÊNCIA

A parte demandante fez a escolha deste foro, tendo em vista o domicílio do autor e com base na Súmula 540 do STJ:

"Na ação de cobrança do seguro DPVAT, constitui faculdade do autor escolher entre os foros do seu domicílio, do local do acidente ou ainda do domicílio do réu".

DA AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO E MEDIAÇÃO

. Diante do novo artigo 319, inciso VII e artigo 334, §5º do CPC, vem a parte autora expor que não tem interesse em participar, neste primeiro momento, da audiência de conciliação e mediação antes da realização da perícia médica, pois a Lei que regulamenta o Seguro DPVAT impõe a necessidade dela para quantificar o grau da lesão e, consequentemente, verificar se a parte autora tem algum valor a receber ou não. Após isso, é que a Seguradora ré será capaz de ofertar possível proposta ou o MM. Juiz julgar.

. Assim, com base nas explanações acima e no artigo 334, §5º do CPC, a parte autora não tem interesse na autocomposição nesta fase do processo.

DOS FATOS



A parte demandante foi vítima de acidente de trânsito ocorrido no dia **07/05/2019**, que resultaram em sequelas definitivas, **decorrente das fraturas nos dois membros superiores e lesão no membro inferior**, assim impedindo o desempenho de suas funções habitualmente exercidas.

No entanto, a parte requerente fez requerimento administrativo do Seguro (**SINISTRO Nº 3190456299**) e recebeu o valor **R\$ 5.062,50, quantia muito aquém diante das lesões sofridas**, em total desrespeito à legislação vigente, fazendo jus a parte autora ao recebimento da diferença a fim de integralizar toda a monta indenizatória.

DO DIREITO

Sendo a parte demandante vítima de acidente de veículo automotor, atrai a aplicação da Lei nº 6.194/74 (Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Via Terrestre ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não); conforme o artigo 3º, alínea "b" que dispõe:

Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no artigo 2º compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:

a) ...

b) até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007)

Assim, esclarecendo novamente, a parte autora não recebeu o valor integral de pleno direito, em total desrespeito com a legislação vigente, fazendo jus ao recebimento da diferença ao valor integral da indenização, de seu direito, caso realmente exista, após perícia quantitativa obrigatória a ser realizada em Juízo conforme Súmula 474 do STJ, que segue abaixo:

"A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez."

Conforme documentos anexos, a parte demandante comprova o acidente e os danos por este causado, em consonância com o art. 5º, da Lei 6.194/74, que exige a simples prova do acidente independente da existência de culpa, conforme jurisprudências transcritas a seguir, in verbis:

SEGURO OBRIGATÓRIO DE VEÍCULOS AUTOMOTORES APELAÇÃO CÍVEL 4550/96 - Reg. 3204-1 Cod. 96.001.04550 QUARTA CÂMARA - Unânime Juiz: PAULO GUSTAVO REBELLO HORTA - Julg: 27/06/96 DPVAT. FALTA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO. LEI N. 8441/92. INCONSTITUCIONALIDADE. INOCORRENCIA. A Lei n. 8441/92 não conflita com o art. 192 da Constituição da Republica nem contraria a essência do contrato de seguro, previsto no art. 1432 do Código Civil, nos casos em que o seguro não se acha realizado ou vencido, pois a constituição obrigatória do consórcio de seguradoras foi criado justamente para cobrir a indenização por pessoas acidentadas, independente do pagamento do prêmio. Inconstitucionalidade rejeitada. A indenização por morte em acidente de trânsito e devida, mediante simples prova do acidente, ainda que não recolhido o DPVAT. Cabe a seguradora acionada reaver do consórcio o que tiver satisfeito em face da aplicação do art. 7. da Lei n. 8441/92.(grifo nosso)

Diante do exposto, não restou alternativa senão entrar com a presente ação para receber o correspondente à diferença entre o valor recebido e o valor devido com base na Lei 6.194/74.

DO REQUERIMENTO

Assim, ante o exposto, é a presente para REQUERER à Vossa Excelência o quanto segue:

- 1) Seja citada a ré na forma do artigo 319 e seguintes do CPC, com a observação do não interesse na audiência de conciliação e mediação, bem como com as suas devidas observações e consequências no endereço indicado nesta peça vestibular, nas pessoas de seus representantes legais;



- 2) A PROCEDÊNCIA da presente, com a condenação da requerida ao pagamento da diferença no valor **R\$ 8.437,50** do seguro obrigatório DPVAT, corrigidos monetariamente e juros de 1% a.m. contados desde a data do acidente, conforme Súmula 54 do STJ e atualizados à data da efetiva liquidação, com fulcro no artigo 3º, alínea “a”, da Lei 6.194/74 e com fulcro no art. 319 e ss do Código de Processo Civil;
- 3) Requer a inversão do ônus da prova, nos termos do art. 6º, inciso VIII do Código de Defesa do Consumidor, por ser parte hipossuficiente desta relação.
- 4) Requer que Vossa Excelência conceda os benefícios da justiça gratuita, considerando que a parte autora não pode arcar com as custas e demais despesas processuais.
- 5) Atesta a autenticidade dos documentos trazidos a baila a este M.M Juízo, sob responsabilidade exclusiva do advogado patrono desta ação, conforme artigo 425 do Código de Processo Civil.
- 6) Protesta e requer provar o alegado por todos os meios de prova em direito admitidos.
- 7) Em especial e indispensável, requer que seja realizada a PROVA PERICIAL, para averiguar o grau das lesões da parte autora, através de perícia traumatológica.
- 8) Requer a condenação em honorários advocatícios na importância de 20%.
- 9) Julgar totalmente procedentes as pretensões da parte Demandante acima pleiteadas, por ser da mais inteira JUSTIÇA.
- 10) Outrossim, requer sejam todas as intimações publicadas exclusivamente em nome dos Procuradores **BRUNO VIEIRA FERNANDES PINHEIRO, OAB-PE 27.264 e GUILHERME TRINDADE HENRIQUES BEZERRA CAVALCANTI, OAB-PE 27.322**, com escritório na Rua Francisco Alves, nº. 105, sala 308, Ilha do Leite, Recife – PE, CEP 50070-490.
- 11) Dá-se a esta o valor **R\$ R\$ 8.437,50 (oito mil, quatrocentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos).**

Nestes termos
Pede Deferimento
Recife, 22 de julho de 2020.

BRUNO VIEIRA FERNANDES PINHEIRO

OAB/PE 27.264

GUILHERME TRINDADE H. B. CAVALCANTI

OAB/PE 27.322



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Genilva Ferreira de Araújo, brasileira, Casada, portadora do
RG nº 4.000.128 SSP/PE, inscrita no CPF nº 040.601.734-44, residente
à Rua Tenente Everaldo, nº 347, Santo Antônio, Palmares/PE, CEP
55540-000.

OUTORGADOS:

VIEIRA & CAVALCANTI ADVOGADOS, escritório de advocacia inscrito sob o CNPJ nº 24.958.391/0001-10, neste ato representado pelos seus sócios **Bruno Vieira Fernandes Pinheiro**, brasileiro, advogado, OAB/PE 27.264 e **Guilherme Trindade H. B. Cavalcanti**, brasileiro, advogado, OAB/PE 27.322 com sede na Rua Francisco Alves, 105, sala 308, Ilha do Leite, Recife – PE.

PODERES CONCEDIDOS:

Amplos poderes, admitidos os das cláusulas “AD JUDÍCIA” e “EXTRA-JUDÍCIA”, para o foro em geral em qualquer instância ou Tribunal, bem como em todo Território Nacional, para em nome da outorgante propor ação, embargar, agravar, recorrer, firmar compromisso, reconvir, concordar, discordar, oferecer provas, desistir, transigir, fazer declaração, confessar, protestar, receber e dar quitação, ingressar em qualquer juízo, intimações, aceitar ou impugnar laudos, contas, habilitações, avaliações e partilhas, interpor qualquer tipo de recurso tanto nas fases administrativas, como judiciais, requerendo e acompanhando tudo quanto for de direito dos outorgantes, receber alvarás, podendo reter os honorários contratuais com percentual de 30% do valor do acordo eventualmente firmado ou ainda de eventual condenação, devendo estes serem retidos em nome da sociedade de advogados VIEIRA & CAVALCANTI ADVOGADOS, pessoa jurídica, inscrita no CNPJ nº 24.958.391/0001-10, Escritório em que os outorgados são sócios. Enfim, os outorgados podem praticar todos e quaisquer atos conexos e consequentes a fim de agir em defesa dos direitos e interesses pessoais da outorgante, podendo inclusive substabelecer esta procuração a quem lhe prover, no todo ou em parte, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bem, firme e valioso.

Recife, 10 de novembro de 2019

Genilva Ferreira de Araújo
OUTORGANTE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.000.128 DATA DE EMISSÃO 08/08/2008

NOME << GENILVA FERREIRA DE ARAUJO >>

FILIAÇÃO << JOÃO FERREIRA DE ARAUJO >>
<< MARIA FERREIRA DE ARAUJO >>

NATURALIDADE ÁGUA PRETA - PE DATA DE NASCIMENTO 21/05/1971

DOUTRINA << CN.11544 L.32 F.115 CART.JOAOQUIM NABUCO-PE 21.11.1967 >>

CNPJ 040.601.734-44

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Genilva Ferreira de Araujo

07 R02

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

31 JUL 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife/PE CEP: 52011-040



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-002
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-03



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE PAULO VIDAL DA SILVA CPF: 216.756.434-15	DATA DE VENCIMENTO 12/07/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 151,88	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 05/07/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 05/07/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 068336579	CONTA CONTRATO 001786852010 Nº DO CLIENTE 2090949233 Nº DA INSTALAÇÃO 0002210190
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA TEN EVERALDO 347 STO ANTONIO PALMARES 55540-000 PALMARES PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
RESERVADO AO FISCO F268.602D.40D9.1C0E.257B.23D3.4B05.DEEB			

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	171,00	0,78633095	133,48
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,42
Contrib. Num. Pública Municipal			15,01
Multa por atraso-NF 060754860 - 07/05/19			2,29
Juros por atraso-NF 060754860 - 07/05/19			0,84
Atualização IGPM-NF 060754860 - 07/05/19			0,37
PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-8860 0800 031 8989			0,98
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			1,51

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL					
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL	
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA
L98350	CAT	05/06/2019	38.742,00	05/07/2019	38.913,98
				DEPARTAMENTO DE REGISTROS	0,00
				CONTADOR NÃO VERIFICADO	171,98
				31 JUL 2019	
				Gente Seguradora S/A	
				Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5	
				Graciosa-Recife/PE CEP: 52011-400	
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 05/08/2019					

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	MÉTA MENSAL	MÉTA TRIM	MÉTA ANUAL
05/07/2019					
DIC-Nº de horas sem Energia	PALMARES	0,00	5,91	11,82	22,64
FIC-Nº de vezes sem Energia		0,00	3,45	6,97	13,95
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,45	0,00	0,00
DMCI-Duração de interrupção em dia crítico					
Limite DMC: 12,22					
EDSD-Valor do Encargo de Uso - R\$		51,02			
Consumidor pode solicitar a suspensão das interrupções DIC, FIC, DMC e DMCI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você! far mania: palmares santo onofre / supermercado far doce far: rua quadra z 23 Na data de leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br . O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto, em atraso gera multa 2%(R\$414/ANEEL), Juros 1%(a.nil Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão. O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.	NÍVEIS DE TENSÃO <table border="1"> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th colspan="2">LÍMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <td></td> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202</td> <td>231</td> </tr> </table> AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	TENSÃO NOMINAL(V)	LÍMITE DE VARIAÇÃO(V)			MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231
TENSÃO NOMINAL(V)	LÍMITE DE VARIAÇÃO(V)									
	MÍNIMO	MÁXIMO								
220	202	231								

CONTA CONTRATO 001786852010	MÊS/ANO 07/2019	TOTAL A PAGAR(R\$) 151,88	VENCIMENTO 12/07/2019	TALÃO DE PAGAMENTO
---------------------------------------	---------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	---------------------------

838000000017 518800110018 786852010100 141223979639



Evite dobrar e rasgar este canhoto.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

Eu, Genilva Ferreira de Araújo, **DECLARO**, nos termos da Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983 e, para os devidos fins, de que sou pobre na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício do sustento meu e de minha família. Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

Recife, 10 de novembro de 2019.

x Genilva Ferreira de Araújo

Rua Francisco Alves, nº. 105, sala 308, Ilha do Leite, Recife – PE, CEP 50070-490, fone(81) 34235005/
coordenacao@vieiraacavalcanti.com.br



SINISTRO 3190456299 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** GENILVA FERREIRA DE ARAUJO**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** GENTE

SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO GENILVA FERREIRA DE ARAUJO**CPF/CNPJ:** 04060173444**Posição em 20-07-2020 14:38:32**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
03/10/2019	R\$ 5.062,50	R\$ 0,00	R\$ 5.062,50



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014485107244

VIA 1 COD. RENAVAM 567250003 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME
PAULO VIDAL DA SILVA

PALMARES-PE 0

CPF / CNPJ 216.756.434-15 PLACA PGQ5963

PLACA ANT. / UF *****/PE CHASSI 9C2JC4830ER003440

ESPECIE TIPO **PAS / MOTONETA** COMBUSTIVEL **ALCO / GASOL**

MARCA / MODELO **HONDA / BIZ 125 EX** ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2014

CAP / POT / CIL 2F / 124CL CATEGORIA **PARTIC** COR PREDOMINANTE **BRANCA**

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1ª VENC. / COTAS
IEVA 2019 QUITADO 2ª 3ª

FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11 IOF (R\$) 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$) 84.58 DATA DE PAGAMENTO 07/03/19

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

PALMARES DATA 22/03/19

Roberto Carlos Moreira Pontal

DIRETOR PRES EXPEDIDOR

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014485107244 BILHETE DE SEGURO DPVAT

PAULO VIDAL DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

PALMARES-PE 0

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 22/03/19

VIA 1 CPF / CNPJ 216.756.434-15 PLACA PGQ5963

RENAVAM 567250003 MARCA / MODELO **HONDA / BIZ 125 EX**

ANO FAB. 2013 CAT. TARIF. 09 CHASSI 9C2JC4830ER003440

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DENATRAM (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
36.05	4.01	40.06
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAG. PELO SEGURO (R\$)
4.15	0.32	84.58

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO 07/03/19

☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE
ELE NÃO É DE PORTO OBRIGATORIO



538253
0260397/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 075ª CIRCUNSCRIÇÃO - ÁGUA PRETA -
DP75ªCIRC DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0165000290**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/05/2019** às
12:09

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **7/5/2019** às **16:30**

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRANSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL**
Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE AGUA PRETA, 02, QUADRA 38;**
CASA Nº 02 - BUNDA DA EMA - Bairro: CENTRO - AGUA
PRETA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **RESIDENCIA (TERREA)**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

AUTOR / VÍTIMA (AUTOR \ AGENTE)
PAULO VIDAL DA SILVA (OUTRO)
DONO DA RESIDENCIA PAULO (OUTRO)
GENILVA FERREIRA DA ARAÚJO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

OUTROS TIPO DE OBJETO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a)
Sr(a): DONO DA RESIDENCIA PAULO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
GENILVA FERREIRA DA ARAÚJO



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

GENILVA FERREIRA DA ARAÚJO (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:
MARIA FERREIRA DE ARAUJO Pat: JOÃO FERREIRA DE ARAÚJO Data de Nascimento:
21/6/1971 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
4000128/SDS/PE (RG), 04060173444 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU
INCOMPLETO Profissão: DO LAR Telefones Celulares:
- 991180676

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE PALMARES, 347, RUA TENENTE EVERALDO - BAIRRO
DE SANTO ANTONIO - PROX. COLEGAIO LAURO CHAVES - CEP: 55000-000 - Bairro:
CENTRO - PALMARES/PERNAMBUCO/BRASIL

PAULO VIDAL DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: TEREZA
VIDAL DA SILVA Pat: ANISIO VIDAL DA SILVA Data de Nascimento: 13/12/1950 Naturalidade:

17/05/2019 12:01



AGUA PRETA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: **1994073/SDS/PE (RG). 21675643415 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **APOSENTADO**
Telefones Celulares: **- 91376229**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE PALMARES, 347, R. TEN EVERALDO - BAIRRO DE STº ANTONIO - PROX. COLEGIO LAURO CHAVES - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - PALMARES/PERNAMBUCO/BRASIL**

DONO DA RESIDENCIA PAULO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

AUTOR / VÍTIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA BIZ 125 HONDA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PAULO VIDAL DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GENILVA FERREIRA DA ARAÚJO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGQ5963** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **587250003** Chassi: **9C2JC4839ER903449**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

RESIDENCIA (OUTROS TIPO DE OBJETO) de propriedade do(a) Sr(a): **DONO DA RESIDENCIA PAULO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DONO DA RESIDENCIA PAULO**
Categoria/Marca/Modelo: **DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

COMAPARECEU A ESTA DELEGACIA DE AGUA PRETA - PE, O SRº PAULO VIDAL DA SILVA NOTICIANDO QUE SUA ESPOSA GENILVA FERREIRA DE ARAÚJO, NO DIA 07/05/19, POR VOLTA DAS 16:30HS, SE ENVOLVEU NUM ACIDENTE DE TRANSITO, OCASIÃO EM QUE A MESMA CONDUZIA SUA MOTOCICLETA HONDA BIZ, PLACA PGQ 5963, QUE ESTA VEIO A COLIDIR COM A LATERAL DA RESIDENCIA DE PAULO, QUE A RESIDENCIA ESTAVA DESOCUPADA; QUE, A VÍTIMA FORA SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DE PALMARES - PE PELA EQUIPE DO SAMU E, POR SUA VEZ, TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DOM HELDER - CABO DE SANTO AGOSTINHO - PE; SENDO ALI CIRURGIADA NOS DOIS PUNHOS. QUE TAMBÉM MACHUCOU O SEU JOELHO DA PERNA ESQUERDA. INFORMA AINDA O NOTICIANTE QUE A MESMA NÃO POSSUE PERMISSÃO OU CNH PARA DIRIGIR REFERIDO VEICULO. NADA MAIS A REGISTRAR ENCERRA-SE PRESENTE BOLETIM DE OCORRENCIA.

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

PAULO VIDAL DA SILVA (OUTRO)

B.O. registrado em 31/07/2019 por **WILSON PAULO AUGUSTO DA SILVA** - Matrícula: **221768-0**



17/05/2019 12:01



hora do chamado 15:56 h
 Chegada ao Local 16:09 h
 Saída ao Local 20:09 h
 Hora da Conclusão 20:10 h
 Saída do Hospital

FICHA DE ATENDIMENTO

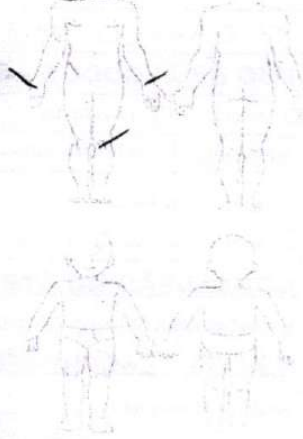
Data da Solicitação 07/05/2019 Distrito: _____ Número da Ocorrência: 624869
 Motivo / Solicitação: APH + ROLANTE ☐ UTI ☒ Básica ☐ Helicóptero
☒ VIA PÚBLICA ☐ DOMICÍLIO ☐ EVENTOS ☐ OBSTÉTRICO
☐ Clínico ☒ Clínico ☐ HANGAR ☐ PSIQUIÁTRICO
☐ Causas Externas ☐ Causas Externas ☐ METROPOLITANO ☐ TROTE /CANCELADAS
☐ ÓBITO ☐ REMOÇÃO-senha: _____

IDENTIFICAÇÃO

PACIENTE: GENILVA FERREIRA DE ARAUJO IDADE: 47 ANOS: _____
 SEXO: ☐ Masc. ☐ Fem. PROFISÃO: _____ FONE: () _____
 END: NOVA AGUA PRETA QD 38 CASA 02 BAIRRO: _____
 SOLICITANTE: DAXANE FONE: () _____
 END. Ocorr.: _____ BAIRRO: _____
 REFERÊNCIA: _____

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE / VIOLÊNCIA)

Acid. Automóvel ☐ Motorista ☐ Passageiro/Frente ☐ Passageiro/Trás ☐ Uso do Cinto ☐ SIM ☐ NÃO	Acid. Motocicleta ☒ Motociclista ☐ Passageiro ☐ Uso de Capacete ☐ SIM ☒ NÃO	Atropelamento ☐ Via Pública ☐ Calçada ☐ Outros	Mecan. De Trauma ☐ Capotamento ☐ Ejeção ☐ Impacto Frontal ☐ Impacto Lateral ☐ Impacto traseiro
Acid. Trânsito ☐ Carro ou Moto ☐ Ônibus ☐ Caminhão Placa: _____	Acid. Ciclista ☐ Colisão ☐ Queda ☐ Outros	Intoxicação ☐ An. Peçonhento ☐ Exógena ☐ Outros Agente Causador: _____	Exposições ☐ Choque Elétrico ☐ Fogo ☐ 1ª () 2ª () 3ª ☐ Fumaça ☐ Subst. Química
Asfixia ☐ Semi-Afogamento ☐ Soterramento ☐ Engasgo ☐ Outros	Queda ☐ Própria Altura ☐ Outra Altura Aproximadamente _____ Metros	Agressões ☐ Arma de Fogo Tipo: _____ ☐ Arma Branca Tipo: _____	☐ Agressão Física ☐ Maus Tratos ☐ Abuso Sexual



CAUSAS CLÍNICAS

HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL: PACIENTE, EGR. CONSCIENTE, ORIENTADA VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, COM FRATURA NOS MMSS E DOR NA ADEMAÇÃO, FOI MOBILIZADA E ENCAMINHADA P/ O HOSPITAL LOCAL E TRANSFERIDA P/ O REGIONAL
 HIPÓTESE DIAGNÓSTICA CONHECIDA: _____

AValiação CLÍNICAS

TEMPERATURA <u>36.3</u>	GLICEMIA (HGT) <u>105</u>	☐ Agitação Psicomotora ☐ Desidratado ☐ Lesões de Face ☐ Ictérico ☐ Palidez ☐ Cor da Pele Anormal	☐ Sudorese ☐ Batimento Asa Nariz ☐ Cianose ☐ Deformidade Tórax ☐ Dispneia ☐ Distonia Fala/Choro	☐ Gemido/Estridor ☐ Obst. Das Vias Aéreas. ☐ Retração Xifoide ☐ Sibilos Expiratórios ☐ Tiragem Intercostal
Vias Aéreas FR: _____	Pulso <u>94</u>	Perfusão Periférica ☐ Boa ☐ Ruim		CIRCULAÇÃO PA: <u>170 / 100</u>
RN; 33-50 <1 Ano 30-50 Criança 20-30 Adulto 12-20	RN; 120-160 <1 Ano 90-140 Criança 80-110 Adulto 90-100			



EXAME NEUROLÓGICO

AValiação PRIMÁRIA	SINAIS DE DISF. CEREBRAL	AValiação DAS PUPILAS	NATUREZA DA
☐ Alerta ☐ Resposta Verbal ☐ Resp. Estimulo Dolar ☐ Irresponsivo	☐ Déficit Motor ☐ Desvio de comissura Labial ☐ Dificuldade na Fala	☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Midríase ☐ Miose	☐ Lesão Intra-abdominal ☐ Lesões Intra-Tóraca ☐ Presença / Sangue Fratura - Ossos Longos ☐ Aberta ☐ Fechada

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA: OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	TOTAL DE PONTOS
Abertura Ocular Espontânea 4 Abertura Ocular a Voz 3 Abertura Ocular a Dor 2 Sem abertura Ocular 1	Orientado 5 Confuso 4 Resposta inapropriada 3 Sons Ininteligíveis 2 Sem Resposta Verbal 1	Obedece Comando 6 Localiza Estimulo Doloroso 5 Retirada ao Estimulo Doloroso 4 Flexão Anormal (Decorticação) 3 Extensão Anormal (Descerebração) 2 Sem Resposta Motora 1	15

CONDUTA CLÍNICA / EVOLUÇÃO

☐ Aspiração de Sangue e Secreções ☐ Entubação Orotraqueal ☐ Imobilização da Coluna Cervical ☐ Infusão de Fluidos ☐ Reanimação Cardiopulmonar ☐ Imobilização de Membros	Ventilação Mecânica Modalidade: 100% FIO 2: 100% Adaptação Ventilação ☐ Bem ☐ Mal	Outras Condutas: FOI VERIFICADO SSUV + MOBILIZADO E ENCAMINHADO P/ O HOSPITAL LOCAL Intercorrências:
(2) ☐ Cateter ☐ CPAP ☐ Venturi _____ % ☐ Masc. c/ Reservatório		

USO DE ÁLCOOL E / OUTRAS DROGAS

☐ Álcool ☐ Anfetamina ☐ Cocaína ☐ Cola ☐ Crak ☐ Maconha	Informante: ☐ A Própria Vítima ☐ Familiares ☐ Outros - Especificar	Refere Ingestão de Bebida Alcoólica Há _____ hs;
☐ Alteração de Humor ☐ Agitado / Irritado ☐ Desorientado ☐ Inconsciente ☐ Alteração de Marcha ☐ Agressivo ☐ Hálito Alcoólico ☐ Sonolento		

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

HOSPITAL PARA ONDE FOI ENCAMINHADO O PACIENTE: HOSPITAL GIGLIOLA MRSO CHAVES, ENCAMINHADA P/ HOSPITAL REGIONAL PALMARES Registro do Hospital: _____ Médico que Recebeu: Dr. Rubem B. Lobo Dr. Edgar V. Andrade CRM-PE 19096 Assinatura do Médico Responsável: _____	☐ Maca Retida na Unidade Hospitalar ☐ Orientação para o Ambulatório ☐ Óbito Antes do Atendimento ☐ Óbito durante o Atendimento ☐ Prancha Retida ☐ Removido antes do Atendimento
--	--

EQUIPE

Médico Regulador: JANAÍSE	Médico Assistente: _____
Enfermeira: _____	Socorrista: Eduardo
Condutor /Piloto: FERNANDO	Op. De Frota/OEE: BEÂNIA
Função do Responsável pelo Preenchimento: _____	ASS: _____
SOLICITOU APOIO DA UTI ☐ SIM ☐ NÃO	
Obs. _____	

EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

O Subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação Médica	
Ass.: _____ ID.: _____ DATA ____ / ____ / ____	TESTEMUNHA: Ass.: _____ ID.: _____



**EXAME NEUROLÓGICO**

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA	SINAIS DE DISF. CEREBRAL	AVALIAÇÃO DAS PUPILAS	NATUREZA DA
☐ Alerta ☐ Resposta Verbal ☐ Resp. Estimulo Dolar ☐ Irresponsivo	☐ Déficit Motor ☐ Desvio de comissura Labial ☐ Dificuldade na Fala	☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Midríase ☐ Miose	☐ Lesão Intra-abdominal ☐ Lesões Intra-Tóraxica ☐ Presença / Sangue Fratura - Ossos Longos ☐ Aberta ☐ Fechada

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA: OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	TOTAL DE PONTOS
Abertura Ocular Espontânea 4. Abertura Ocular a Voz 3. Abertura Ocular a Dor 2. Sem abertura Ocular 1.	Orientado 5. Confuso 4. Resposta inapropriada 3. Sons Ininteligíveis 2. Sem Resposta Verbal 1.	Obedece Comando 6. Localiza Estimulo Doloroso 5. Retirada ao Estimulo Doloroso 4. Flexão Anormal (Decorticação) 3. Extensão Anormal (Decerebração) 2. Sem Resposta Motora 1.	15

CONDUTA CLÍNICA / EVOLUÇÃO

☐ Aspiração de Sangue e Secreções ☐ Entubação Orotraqueal ☐ Imobilização da Coluna Cervical ☐ Infusão de Fluidos ☐ Reanimação Cardiopulmonar ☐ Imobilização de Membros	Ventilação Mecânica Modalidade: <u>100%</u> FIO 2: <u>100%</u> Adaptação Ventilação ☐ Bem ☐ Mal	Outras Condutas: <u>FOI VERIFICADO</u> <u>SSU + MOBILIZAÇÃO E</u> <u>ENCAMINHADO P/ O HOSPITAL</u> <u>LOCAL</u> Intercorrências: _____
() ² ☐ Cateter ☐ CPAP ☐ Venturi _____ % ☐ Masc. c/ Reservatório		

USO DE ÁLCOOL E / OUTRAS DROGAS

☐ Álcool ☐ Anfetamina ☐ Cocaína ☐ Cola ☐ Crak ☐ Maconha ☐ _____	Informante: ☐ A Própria Vitima ☐ Familiares ☐ Outros - Especificar _____
☐ Alteração de Humor ☐ Agitado / Irritado ☐ Desorientado ☐ Inconsciente ☐ Alteração de Marcha ☐ Agressivo ☐ Hálito Alcoólico ☐ Sonolento	Refere Ingestão de Bebida Alcoólica Há _____ hs;

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

HOSPITAL PARA ONDE FOI ENCAMINHADO O PACIENTE <u>HOSPITAL GLEISA MISO</u> <u>CHAVES, ENCAMINHADA P/ HOSPITAL REGIONAL PALMARES</u>	☐ Maca Retida na Unidade Hospitalar ☐ Orientação para o Ambulatório ☐ Óbito Antes do Atendimento ☐ Óbito durante o Atendimento ☐ Prancha Retida ☐ Removido antes do Atendimento
Registro do Hospital: _____ Médico que Recebeu: <u>Dr. Rubem B. Lobs</u> <u>Dr. Edgar V. Andrade</u> <u>CRM 19096</u>	
Assinatura do Médico Responsável: _____	

EQUIPE

Médico Regulador: <u>JANAÍSE</u>	Médico Assistente: _____
Enfermeira: _____	Socorrista: <u>Edinaldo</u>
Condutor /Piloto: <u>FERNANDO</u>	Op. De Frota/OEE: <u>BEÂNIA</u>
Função do Responsável pelo Preenchimento: _____	ASS: _____
SOLICITOU APOIO DA UTI ☐ SIM ☐ NÃO	
Obs. _____	

EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

O Subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação Médica	
Ass.: _____ ID.: _____ DATA _____ / _____ / _____	TESTEMUNHA: Ass.: _____ ID.: _____



Pernambuco

HRP

Data do Atendimento: 07/05/2019 Hora: 17:34:20 PRONTUARIO: 69002
 No. Atendimento: 861564 Urgência / Emergência Colaborador: ANA C. SILVA
 Prioridade: AMARELO - URGENCIA ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA CNS: E98002995523071

Nome: GENILVA FERREIRA DE ARAUJO Sexo: Feminino
 Data de Nascimento: 21/05/1971 Idade: 47 Anos, 11 Meses e 16 Dias C.J.:
 Pais ou responsáveis: MARIA FERREIRA DE ARAUJO / JOAO FERREIRA DE ARAUJO
 Endereço: RUA TENENTE EVERALDO, 347 CASA SANTO ANTONIO - SANTO ANTONIO - 55540000
 Cidade: PALMARES Tel.: 8191370229 8136617786 Hora de Atendimento:

Queixa Principal:

*Atorção constante de dor
 no local onde ocorreu o acidente
 e dor no local onde ocorreu o acidente
 devido ao trauma.*

Exame Físico:

A: Geral via aerea esta pervia? SIM ☒ NAO ☐ O paciente fala? SIM ☒ NAO ☐ Temperatura:

B: Respiratório:

C: Circulatório:

D: Exame Neurológico: Deficiência motora:

MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isoconicas ☐ Anisocoria ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Score:

Hora:

Score:

Hora:

Score:

E: Abdomen:

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 2 - Especializados

Tratamento / Procedimentos:

*2x Exame
 - RAS
 - RAS e flocos de sangue*

Queixa Principal Relacionada a Classificação de Risco:

ACIDENTE DE MOTO POLITRAUMATIZADA E DORES NOS FLANCOS

Alergia:

Observação:

NEGA ALERGIA

Evolução de Enfermagem

Ortopedia - 07/05/2019

* Destino do paciente () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internação () Alta Menoridade () Alta - Falecido
 () Transferência para outra unidade () Óbito () Outro
 * Condição do Paciente () Melhorado () Inalterado () Piorado

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 31 JUL 2019

Gente Seguradora SIA
 Av. Roberto de Almeida, 715 Loja 5
 CEP: 52011-040

HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES
 FUNDAÇÃO MANOEL DE OLIVEIRA
 Arguidovel Oliveira
 Coordenador de Faturamento
 Mat. 002499
 CONFERE COM O ORIGINAL
 31/05/19



Nome: Genivaldo Flávio de Jesus Sexo: _____
 Data de Nascimento: _____ Idade: 47 C.I.: _____
 País ou Responsáveis: _____
 Endereço: _____
 Cidade: Palmares Tel.: _____ Hora do Atendimento: _____ H.

DESTINO DO PACIENTE: Unip. Dom Eliseu SENHA: Jul 25678945

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

ANAMNESE: paciente vítima de acidente de moto

EXAME FÍSICO: hem + edema + deformidade do membro DP + CSD.

DROGAS ADMINISTRADAS: ASLA + DORCAS + Analgésico + Jato CSD (Hemostático)

EXAMES COMPLEMENTARES: Id

HD: Fratura 113 distal antebraço DP + CSD.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: Não há parte do membro



DATA: 31.05.19

José Gonçalves de Lima Junior
 Enfermeiro
 COREN-PE 389.532

José Salgueiro S. Neto
 Trauma - Ortopedia
 CRM: 12352
 CPF: 185.429.584-00

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico

Engenho Quilombo dos Palmares, BR 101 - Km 185 - Palmares - PE
 CEP: 55540-000 / Fone: (81) 3661-8430



Resumo de Alta Hospitalar

PACIENTE: GENILVA FERREIRA DE ARAUJO

REGISTRO: 116324

IDADE: 47

DATA ADMISSÃO: 08/05/2019

DATA ALTA: 09/05/2019

5) Diagnósticos Definidos:

FRATURA RADIO DISTAL direito E ESQUERDO

6) Conduta/ Procedimentos Realizados:

OSTEOSSINTESE COM FIO KIRSCHINER

7) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

8) Informações Complementares:

1) MANTER MEMBRO ELEVADO

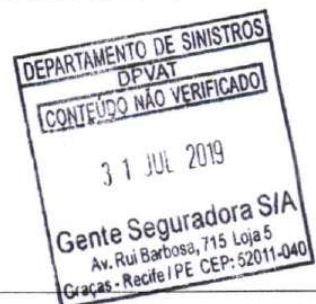
2) FAZER COM FREQUÊNCIA ELEVADA MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO COTOVELO E DEDOS DA MÃO

3) MANTER IMOBILIZAÇÃO ATÉ O RETORNO

4) CURATIVO DIÁRIO EM POSTO DE SAÚDE

5) RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 02 SEMANAS

6) NÃO PEGAR EM PESO



Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X) Não ()

Data da Consulta: 20/05/2019

AMBULATORIO DE ORTOPEDIA EM 2 SEMANAS DESTA UNIDADE OU NO AMBULATÓRIO DO ESTADO DE ORIGEM

Assinatura do Médico e Carimbo

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

Dr. Igor Abutraf
Médico / CRM-PE 7777
09 MAI 2019



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de retorno ambulatorial no HDH.



FICHA CCIH - COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Nome do Paciente: GENILVA FERREIRA DE ARAUJO

Prontuário: 116324

Data do Nascimento: 21/05/1971

Idade: 47 anos Sexo: FEMININO

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade de Internação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUM/ Leito: LEITO 09

Atendimento do Paciente: 498732

Data e Hora de Internação: 08/05/2019 01:16

Diagnóstico(s) definitivo(s): FRAT. ROTA DISTAL (D) E (C)

Procedimentos de risco realizados

- | | | | |
|---|--|---|---------------------------------|
| ☐ Intubação | ☐ Punção venosa central | ☐ Cateterismo vesical | ☐ Outros |
| ☐ Assistência Ventilatória | ☒ Punção venosa periférica | ☐ Nutrição Parenteral | |
| ☐ Traqueostomia | ☐ Dissecção venosa | ☐ Cateterismo arterial | |

Cirurgias realizadas

OSTEOSSINTESE CI. FJCK

Classificação (L)

Classificação

Classificação: (L) Limpa (P) Potencialmente contaminada (C) Contaminada (I) Infectada

Infecção: ☒ Não ☐ Sim ☐ Comunitária ☐ Hospitalar ☐ Ambas

Localização topográfica da infecção:

- | | | | |
|---|--|---|------------------------------------|
| ☐ Respiratória | ☐ Ferida cirúrgica | ☐ Corrente Sanguínea | ☐ Óssea |
| ☐ Urinária | ☐ Cutânea não cirúrgica | ☐ Flebite | ☐ Articular |
| ☐ Septicemia | ☐ Genital | ☐ Cardiovascular | ☐ Outros |
| ☐ Gastrointestinal | ☐ Otorrinolaringológica | ☐ Oftálmica | |

Uso de antimicrobiano: ☐ Não ☒ Sim ☒ Profilático ☐ Terapêutico

Antimicrobiano Utilizado:

CEFALOTRINA

Culturas: ☒ Não ☐ Sim

Tipos

Resultados

Saída Hospitalar: ☒ Alta ☐ Transferência ☐ Óbito Data: 05 / 05 / 2019

Dr. Igor Aburab
Médico / CRM-PE 33772

09 MAIO 2019

Cabo de Santo Agostinho, ____/____/____

Assinatura e carimbo do médico responsável





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 498732
Usuário do Atendimento: MICHELLINESM

Data e Hora do Atendimento: 08/05/2019 01:16
Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: GENILVA FERREIRA DE ARAUJO
Nome da Mãe: MARIA FERREIRA DE ARAUJO
Data do Nascimento: 21/05/1971
Estado Civil: CASADO
CPF: 04060173444
Naturalidade: AGUA PRETA
Carteira Nacional SUS: 708005372238429
Endereço: RUA TENENTE EVERALDO
Cidade: PALMARES

Idade: 47 anos
Sexo: FEMININO
RG: 4000128
Certidão de Nascimento:
Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) INCOMPLETO
Ocupação Habitual: DO LAR
37 CENTRO
PE CEP: 55540970

Prontuário: 116324
Nome do Pai: JOAO FERREIRA DE ARAUJO
SDS PE Data Emissão: 08/08/2008
Data Emissão:
Fone: 91370229

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: PM PALMARES
Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA
Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

CRM: 17726
Leito: LEITO 09

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.

Cabo de Santo Agostinho, 08/05/2019

Assinatura e R.G. do Responsável:

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: MEIHCRA
Diagnóstico: FRAT. DE RADIO DISTAL DIREITA + ESQUERDA
Procedimento: USICSSINTER CI FICK
Alta em: 09/05/2019 Hora: 12:00h
Médico e C.R.M.: Dr. Igor Abutrab
Responsável pela retirada do paciente - Nome:
Assinatura e R.G.:



Hospital Dom Helder Câmara
Solange Lira
Faturamento / SAME
Em: 10 MAIO 2019
Dr. Igor Abutrab
Médico / CRM-PE 27774
09 MAIO 2019





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 498726

Senha da Classificação:

0001

Data e Hora: 08/05/2019 00:49

Paciente: 116324 GENILVA FERREIRA DE ARAUJO

Sexo: FEMININO

Data do Nascimento: 21/05/1971 Idade: 47 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: MARIA FERREIRA DE ARAUJO Nome do Pai: JOAO FERREIRA DE ARAUJO

Estado Civil: CASADO Nome do Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

Endereço: RUA TENENTE EVERALDO -- BAIRRO SANTO AI 37 Bairro: CENTRO

Cidade/UF: PALMARES PE Usuário Atendimento: MICHELLINESM

RG (Identidade): 4000128 SDS PE Data de Emissão: 08/08/2008

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 04060173444 Fone: 91370229

Cartão SUS: 708005372238429

Data de Emissão CRN:

CRM: 17726

BAIRRO SANTO ANTONIO

*negócio aluguel
HASO DmC*

WQH - Hospital Dom Helder Câmara
Jefferson Melo
faturamento@hame
Data: 10 MAR 2019

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

*Paciente vítima de acidente automobilístico com
torção e punho D e E, há 01 dia
dor de dor.*

Exame Físico

*27°C, exame S+V+ e limitação de ADM dos
punhos D e E*

Hipótese Diagnóstica

Fratura de rádio distal D e E

Conduta Terapêutica

Internar

Prescrição Médica

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE: _____
LEITO DO PACIENTE: _____

Vinicius S. Couto
Ortopedista
Carimbo/Médico

*404529 P. Carlos
369651*



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 08/05/2019 00:20

	Nome Paciente:	GENILDA FERREIRA DE ARAUJO
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	21/05/1971
	Sexo:	Feminino
	Idade:	47
	Senha:	0001
	Convênio:	-
Atendimento:	SAME:	

Período: 08/05/2019 00:41 - 08/05/2019 00:44

ELEUZA MENDES DE OLIVEIRA - COREN: 428767 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGÊNCIA - AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: PACIENTE PROCEDENTE DE HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES, COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO E DEFORMIDADE DE ANTEBRAÇO DIREITO, ESQUERDO E MMII.
SENHA: 5677749

SPO2:98

FC:87

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: ELEUZA MENDES DE OLIVEIRA - COREN: 428767 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 08/05/2019 00:44

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: GUILHERME TRINDADE HENRIQUES BEZERRA CAVALCANTI - 18/09/2020 15:13:37

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091815133727400000066738247>

Número do documento: 20091815133727400000066738247

Num. 68042479 - Pág. 3



SUS
SISTEMA
ÚNICO DE
SAÚDE



HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES DR. SILVIO FERNANDES MAGALHÃES



FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

Nome: Genitoz Figueira de Faria Sexo: _____
Data de Nascimento: _____ Idade: 47 C.I.: _____
País ou Responsáveis: _____
Endereço: _____
Cidade: Palmares Tel.: _____ Hora do Atendimento: _____ / _____ H.

DESTINO DO PACIENTE: Hosp. Dom Elton SENHA: Jul 56 H949

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

ANAMNESE: paciente vítima de acidente de moto

EXAME FÍSICO:

for + edemas + Deformidade do punho do + esc.

DROGAS ADMINISTRADAS:

ASLA + PULCAS Anticóagula
fórmula esc (Hemostase)

EXAMES COMPLEMENTARES:

R



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

Não faz parte do perfil do
HOSPITAL paciente vítima de trauma, evolui com EGR, consciência
orientada, afébril, hidratada, coração, normotensa, acrocianose, inerte,
dieta oral, tórax simétrico, com lesão em m. F. I. (E. A.) + edemas
indolores a palpação, flácido, eliminação presente e espontânea
com fratura em fecho (E), braço macio, segue os cuidados de
DATA: 07/05/19 enfermagem.

José Gonçalves de Lima Junior
Enfermeiro
COREN-PE 399.332

José Salgueiro S. Neto
Trauma - Ortopedia
CRM: 12352

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico

Engenho Quilombo dos Palmares, BR 101 - Km 185 - Palmares - PE
CEP: 55540-000 / Fone: (81) 3661-8430



HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: Genival Ferreira de Araújo Registro: 106304 Nº Atendimento: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração:

História da Doença Atual:

Paciente portadora de acidente motor-
clástico com trauma em membro D e E há
03 dia.

Interrogatório Sintomatológica:

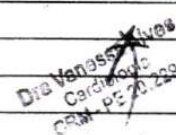
Don.



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Cecília Fêrreira Registro: _____

Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
	18/09/2020
	# CONTINUAÇÃO.
	Lab (08105) → $Ca = 0,76$ $Hb = 13$ $Ht = 40$ $Vr = 32$
	celulo. 11800 $PLV = 265000$ $INR = 1,09$
	ECG → Ritmo sinusal, regular, sem alterações agudas.
	cd. Paciente apta do ponto de vista cardiovascular p/ realização do procedimento proposto com risco cardiovascular baixo (baseado em algoritmo de ACP).
	
	

CÓD. 38251





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

Paciente

GEMILHA FERREIRA DE ARAUJO

Sexo

Cor

Idade

Risco

CRM

Nome do Anestesiologista

Nome do Cirurgião

Medicação Pré-anestésica

Urgência

NÃO

SIM

Cirurgia

Trat. cirúrgico de fratura do rádio distal D+E

Horário

O₂

N₂O

Liqui.

ETCO₂

ECG

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

Anotações

Drogas Usadas

Quantidade

oxigênio 2/5 IV 200ml
óxido 4/5 IV 200ml
água destilada 100ml
ceto 20ml
ceto 20ml
dexametasona 1mg
fentanil 50mcg
midazolam 2mg
propofol 20mg

Técnica Anestésica

Blqueio do plexo
braquial na supra
clavicular D

Agulha EV e IV
contido em embalagem de SIMISTROS
DE VÁLIDA
CONTIDO NÃO VERIFICADO

31 JUL 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Grças - Recife/PE CEP: 52011-040

Monitorização

- ☒ Cardióscópio
- ☒ Oxímetro
- ☒ PNI
- ☐ Sonda Vesical
- ☐ Capnógrafo
- ☐ Estet. Pré-Cordial
- ☐ Outros
- ☐ BIS
- ☐ Temperatura
- ☐ Swan-Ganz
- ☐ Analisador Gases
- ☐ PVC
- ☐ Estimulador de Nervo
- ☐ Linha Arterial
- ☐ Volemia IBP Plus

Encaminhado

- ☒ Acordado
- ☐ Sonolento
- ☐ Intubado
- ☒ Destino
- ☒ SRPA
- ☐ Apart/Enf.
- ☐ UTI
- ☐ Externo

Intercorrência

Descrever:

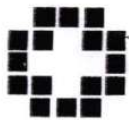
Observações:

10 MAIO 2019

Dr. Graciano
Anestesiologista
CRM 5683

Assinatura de Anestesiologista





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: 01

Nome: Genivaldo Ferreira da Costa data: 08/10/2020 Hora: 10h Registro: 116324
Leito de origem: 406-08

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Proctomia de Rector Digital
Tipo de anestesia: Bloqueio + Sedação
Equipe: D. S. Carneiro Anestesista: Dr. Graça

3. Admissão

Estado geral: () Bom (x) Regular () Torporoso () Grave°
Respiração: (x) Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () SVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não (x) Sim Onde: _____
Acesso Venoso Central: (x) Não () Sim Onde: _____
Drenos: (x) Não () sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 206/110 mmHg FR: — p/min FC: 86 p/min SaPO2: 93%
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	<u>19:25</u>	<u>19:40</u>	<u>20:10</u>	<u>20:40</u>	<u>21:10</u>	
FR	<u>207 x 112</u>	<u>194 x 103</u>	<u>182/95</u>	<u>164/85</u>	<u>175/95</u>	
FC	<u>77</u>	<u>78</u>	<u>83</u>	<u>85</u>	<u>88</u>	
SaPO2	<u>94%</u>	<u>93%</u>	<u>92%</u>	<u>97%</u>	<u>97</u>	
Glasgow	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

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

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

Data: 08/10/20 Horário: 10h Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico: _____ CPF: 043.143.804-10

CÓD. 38398

- devem ser resolvido Não
- ☐ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente



Nome: <u>Camila Ferreira de Araújo</u>		Registro: <u>316304</u>	Leito:
Procedimento cirúrgico:		Data: <u>02/07/19</u>	Hora:
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 ___/___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 (☒) Local: _____ (☒ 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		
5. Integridade tissular prejudicada (☒)	☐ Descrever características da lesão ☒ Realizar curativo a cada <u>20/20</u> h ☐ Realizar mudança de deúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação ☐ Medir débito de dreno de ___/___h ☒ Manter curativo oclusivo por ___h ☐ Outros		
6. Sangramento (☒) Local: _____ (☒ Leve () Moderada () Severo	☐ Aferir pressão arterial de ___/___min ☒ Manter elevado: _____ ☒ Realizar curativo oclusivo ☐ Outros		
7. Imobilidade no leito prejudicada ()	☐ Pinçar dreno ao manusear o paciente ☐ Avaliar mobilização de dreno (Tracionado) ☐ Manter repouso no leito em posição: _____		

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DE VAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
31 JUL 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 115 Loja 5
Gratias - Recife/PE CEP: 52011-040

CÓD. 38605



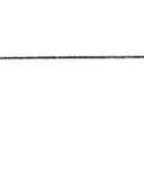
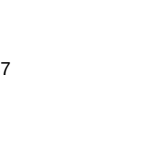
IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: Genilva Ferreira de Araujo Data: 08/05/19 Registro: 116324
Convênio: SUS Leito: _____ Hora: 16:30

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. Leonardo 1º auxiliar: Dr. Bruno Daltro
Anestesista: Dr. Craca Instrumentador: Rafaela
Circulante: Milene

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
lap		
lapo +		
Punho de furo		
Boxas MMSS		
Boxas Anestesia		
Ricardinho		
Pio K 2.0		
Ataladores		
Motor Broca		
		

clean-uj
ISO 11140-1, Tipo 4
INDICADOR QUÍMICO MULTIPARAMETRICO
PRODUTOS QUÍMICOS ALUMINATO INDICADOR MULTIPARAMETRICO
Lote: CL4320219
Data: 22/02/2021



LAUDO MÉDICO

Data de Atendimento: 19/09/19

Nº PRONTUÁRIO: 11624

NOME DO PACIENTE: Genir A. Rago

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

CID: Fntm d Rob All
Bitall - a juu

OBS.:

Nº DIAS 30 (h) , AFASTAMENTO DO TRABALHO

Eduardo de Queiroz
Médico
CRM 14508-PE/OT 10552

Assinatura do Médico
Carimbo

CÓD. 38391



GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Genilves Ferreira Data: 08/09/19 Hora: 16:30 Registro: 116324
Convênio: SUS Leito: _____ Pele: _____ Altura: _____

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Leonardo Lano Anestesista: _____
Auxiliar: Dr. Bruno Lallo Auxiliar: _____ Instrumentador: Rafael

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Tratamento de Ruptura de Ruptura de Ruptura Início: 18:00 Término: 18:40
Anestesia: Bupivacaína + Sedação Início: 17:25 Término: _____

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

Estado Geral: () Bom () Regular () Grave () Coma
Nível de Consciência: () Orientado () Consciente () Sonolento () Coma
Respiração: () Espontânea () Entubado () Traqueostomizado
Tricotomia: () Sim () Não
Chegou no CC em uso de: _____

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

Posição: Fowler () Lateral () Dorsal () Ventral () Ginecológica ()
Banco de Sangue () Laboratório () Radiologia () Peça Cirúrgica: Sim () _____

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso () Monitor Cardíaco () PNI () Bomba CEC () Aspirador ()
Colchão Térmico () Bisturi Ultrasônico () Artroscópio () Microscópio ()
Bisturi Elétrico () Local da Placa () Intensificador ()
Carro de Anestesia () Diprofusor () Nº ()
Ap. Vídeo () Bomba de Infusão ()
Oxigênio () Início _____ Término _____
Protóxido () Início _____ Término _____
Gás Carbônico () Início _____ Término _____
Outros: _____

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Cânula Orotraqueal: Sim () Não ()
Sonda Vesical de Demora: Sim () Não ()
Jernagem (Tipo e Local): Sim () Não ()
Curativo (Tipo e Local): Sim () Não ()
Punção Venosa: Sim () Não ()
Sonda Gástrica: Sim () Não ()

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: Anestesia Geral CIRURGIA: _____

6 - OBSERVAÇÕES:

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: Acordado () Narcose () Entubado () Traqueostomizado ()
Encaminhado para: SRPA () S. Intensiva () LICOR () UTI () Aptº () Residência ()

Data: 08/09/19 Hora: _____ Enfermeira: [Assinatura] Circulante: [Assinatura]

ANEXO M. dos Santos
COREN-PE 255.190 TE CÓD. 38607



ACIENTE: Genivalva Ferreira de Araújo		DATA: 04/05/19
CIRURGIÃO: Dr. Leonardo Lando		RG: 916324
ANESTESISTA: Dr. Grace		
CIRURGIA: 1º grau fratura do Rádio Ulnar Distal D.E.		
INSTRUMENTADOR: Dr. Lando		
CIRCULANTE: Dr. Lando		
ENFERMEIRA: Dr. Lando		
HORÁRIO INICIAL: 18:00		HORÁRIO FINAL: 18:40

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
AGULHAS			
13X4,5	25X7	25X8	40X12
ARDIOPLÉGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27
ATADURAS			
REPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM	
CANULAS			
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
TRAQUEOST 9,0			
CATETER			
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	
LIMPADORES			
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400
CURATIVOS			
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX
EQUIPOS			
BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SORO MACRO
EXTENSORES			
20CM	40CM	60CM	120CM
LAMINAS			
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6	
LUVAS			
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5
SERINGAS			
1ML	3ML	5ML	10ML
20ML	60ML	60ML CATETER	
AVENTAL CIRUR.			
B5. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/ VIDEO	
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXÃO 2VIAS	CONEXÃO 4VIAS
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GELFOAN	
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS PRESSAO

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
DRENOS			
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 CIRÚRGICOS			
ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDIACA
CROMADO 0	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 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	CERA P/OSSO	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	ACO 1	ACO 4	ACO 6

COD. 38407





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Fisioterapia

Declaro para os devidos fins que
a sra. Genilva Sumira de Araújo,
portadora do RG: 4000.128, realizou
tratamento fisioterapêutico 2x por
semana no CAF- Reabilitação
Palmares-PE.

CID: S62

Palmares, 25/09/2019



Rua Dom Expedito Lopes, nº 211 - São José - Palmares-PE
CEP: 55540-000 - CNPJ: 00.562.279/0001-05





Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário

3ª Vara Cível da Comarca de Palmares

Loteamento Dom Acácio Rodrigues Alves, S/N, PALMARES - PE - CEP: 55540-000

Processo nº **0001473-06.2020.8.17.3030**

AUTOR: GENILVA FERREIRA DE ARAUJO

REU: SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA

DESPACHO

Defiro a gratuidade da justiça (CPC, art. 98), sem prejuízo da responsabilidade pelas despesas processuais e pelos honorários advocatícios decorrentes de sua sucumbência (CPC, art. 98, § 2º), bem como sem afastar o dever de o beneficiário pagar, ao final, as multas processuais que lhe sejam impostas (CPC, art. 98, § 4º).

Cite-se o requerido para, no prazo de 15 (quinze) dias, apresentar contestação, sob pena de revelia e de se presumirem verdadeiras as alegações de fato formuladas pela parte autora (CPC, art. 344).

Havendo contestação, intime-se a parte autora para, querendo, apresentar réplica à contestação (art. 350 e 351, do NCPC), no prazo de 15 dias, sob pena de preclusão, bem como, e, no mesmo prazo, intimem-se as partes para declinarem se pretendem produzir outras provas, indicando-as e especificando sua finalidade, vedado o protesto genérico, sob pena de indeferimento, advertindo-as de que sua omissão importará em julgamento antecipado da lide (art. 355, I, do Código de Processo Civil).

CÓPIA DESTA TEM FORÇA DE MANDADO.

Palmares/PE, 18 de setembro de 2020.

Juiz de Direito Diego Vieira Lima

3ª Vara Cível da Comarca de Palmares/PE





Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário

3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE PALMARES-PE

Loteamento Dom Acácio Rodrigues Alves, S/N, PALMARES - PE - CEP: 55540-000

3ª Vara Cível da Comarca de Palmares
Processo nº 0001473-06.2020.8.17.3030
AUTOR: GENILVA FERREIRA DE ARAUJO

REU: SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA

PALMARES, 21 de setembro de 2020.

CARTA DE CITAÇÃO

Destinatário(s):

Nome: SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA

Endereço: R SENADOR DANTAS, 74, 5 ANDAR, CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205

Através da presente, fica V. Sa. **CITADO(A)** para tomar ciência de todos os termos da ação em epígrafe, que tramita perante o Juízo acima indicado, e integrar a relação processual, podendo, querendo, oferecer contestação, tudo conforme decisão prolatada, em anexo, e diante da petição inicial, cujo teor pode ser consultado por meio do endereço eletrônico fornecido neste documento.

Prazo: O prazo para responder a ação, querendo, é de **15 (quinze) dias**, contados da juntada do Aviso de Recebimento (AR) aos autos.

Advertência: Não sendo contestada a ação no prazo marcado, presumir-se-ão aceitos como verdadeiros os fatos articulados pelo Autor na petição inicial (art. 344 da Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015).

Obs.: O presente processo tramita de forma eletrônica através do sistema PJe.

Toda a tramitação desta ação deverá ser feita através do referido sistema, sendo necessária a utilização de Certificação Digital. As instruções para cadastramento e uso do sistema podem ser obtidas através do seguinte endereço na internet: <http://www.tjpe.jus.br/web/processo-judicial-eletronico/cadastro-de-advogado>

Eu, VALCIONE LINS DOS SANTOS, o digitei e o submeto à conferência e assinatura(s).

VALCIONE LINS DOS SANTOS

Chefe de Secretaria

Assina por ordem do(a) Juiz(a) de Direito da Vara

A validade da assinatura deste documento poderá ser confirmada na página do Tribunal de Justiça do Estado de

Pernambuco: www.tjpe.jus.br – PJe-Processo Judicial Eletrônico – Consulta Documento [<https://pje.tjpe.jus.br/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>], utilizando o número do documento (código de barras) abaixo identificado.



Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário

3ª Vara Cível da Comarca de Palmares

Loteamento Dom Acácio Rodrigues Alves, S/N, PALMARES - PE - CEP: 55540-000 -

Processo nº **0001473-06.2020.8.17.3030**

AUTOR: GENILVA FERREIRA DE ARAUJO

REU: SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA

DESPACHO

Verifico que os presentes autos estavam suspensos em virtude de aguardar a devolução de AR e/ou esperar sua expedição.

Diante da normalização dos atendimentos no Fórum, determino o prosseguimento do feito.

Desta feita:

1. Caso tenha sido enviado o AR, que seja juntado aos autos e cumpridos os atos processuais de acordo com despacho retro;
2. Decorrido prazo sem retorno do AR, certifique e remeta-se novamente expediente;
3. Caso não tenha sido remetido o expediente, determino a remessa via AR;

Cumpra-se.

Palmares/PE, 13 de outubro de 2020.

Juiz de Direito Diego Vieira Lima

3ª Vara Cível da Comarca de Palmares/PE