



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
68042460	18/09/2020 15:13	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
68042474	18/09/2020 15:13	<a href="#">Documentos - Genilva Ferreira</a>	Documento de Comprovação
68042475	18/09/2020 15:13	<a href="#">Documentos - Genilva Ferreira</a>	Documento de Comprovação
68042477	18/09/2020 15:13	<a href="#">Documentos - Genilva Ferreira</a>	Documento de Comprovação
68042479	18/09/2020 15:13	<a href="#">Documentos - Genilva Ferreira</a>	Documento de Comprovação
68042481	18/09/2020 15:13	<a href="#">Documentos - Genilva Ferreira</a>	Documento de Comprovação
68043432	18/09/2020 15:13	<a href="#">Documentos - Genilva Ferreira</a>	Documento de Comprovação
68214772	18/09/2020 17:56	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
68300169	21/09/2020 15:34	<a href="#">Citação</a>	Citação
69413637	13/10/2020 15:47	<a href="#">Despacho</a>	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](mailto: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

0092210190

## 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](http://www.celpe.com.br)

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	171,98	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
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>151,88</b>

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		
ICMS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
133,98	25,00	33,47
PIS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
133,98	0,82	1,09
COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
133,98	3,51	5,10

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
RE	%	
Geração de Energia	43,09	32,85
Transmissão	4,83	3,61
Distribuição (Celpe)	28,39	21,88
Encargos Setoriais	5,88	5,15
Tributos	38,66	29,62
Perdas de Energia	9,23	6,99
<b>TOTAL</b>	<b>133,98</b>	<b>100</b>

HISTÓRICO DO CONSUMO		
Mês	Ano	kWh
JUL	19	171
JUN	19	197
MAI	19	146
ABR	19	157
MAR	19	163
FEV	19	149
JAN	19	163
DEZ	18	187
NOV	18	164
OUT	18	198
SET	18	127
AGO	18	126
JUL	18	162

## EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Di Resto	Valor
12/06/19	05/07/19	179,48

Esta comunicação NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme as condições definidas no Art. 98 REN 414/2010. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

## Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,54953095

## HISTÓRICO DO CONSUMO

Mês	Ano	kWh
JUL	19	171
JUN	19	197
MAI	19	146
ABR	19	157
MAR	19	163
FEV	19	149
JAN	19	163
DEZ	18	187
NOV	18	164
OUT	18	198
SET	18	127
AGO	18	126
JUL	18	162

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL	
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA
L98350	GAT	05/06/2019	38.742,00	05/07/2019	38.913,98

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 05/08/2019

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM	META ANUAL
05/07/19					
DIC-Node horas sem Energia	PALMARES	0,00	5,91	11,82	22,64
FIC-Node 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
DMC-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DMC: 12,22
EDS-Valor do Encargo de Uso - R\$		51,02			

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! lar mania: palmars santo onofre / supermercado lar doce lar: rua quadra z 23  
Na data de leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://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

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## DESTAQUE AQUI

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

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@vieiraecavalcanti.com.br](mailto:coordenacao@vieiraecavalcanti.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 \*\*\*\*\*  
FAIXA / PVA. PARCELAMENTO / COTAS 3ª \*\*\*\*\*

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

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

LOCAÇÃO

PALMARES-PE 22/03/19

ROBERTO CARLOS MOREIRA PONTALLES

DIRETOR PRES EXPEDIDOR

**SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - 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](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

0

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 22/03/19

PALMARES-PE

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

PAGAMENTO COTA ÚNICA ☒ PARCELADO ☐

DATA DE QUITAÇÃO 07/03/19

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE  
SIS NÃO É DE PORTA 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**

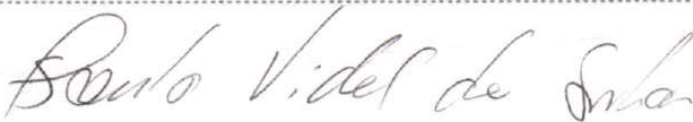
**RESIDENCIA (OUTROS TIPO DE OBJETO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DONO DA RESIDENCIA PAULO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DONO DA RESIDENCIA PAULO**  
Categoria/Marca/Modelo: **DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

#### 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

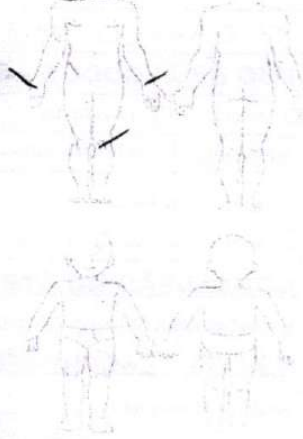
Data da Solicitação 07/05/2019 Distrito: Número da Ocorrência: 624869  
Motivo / Solicitação: APH + BOMBA ☐ UTI ☒ Básica ☐ Helicóptero  
☒ VIA PÚBLICA ☐ DOMICÍLIO ☐ EVENTOS ☐ OBSTÉTRICO  
☐ Clínico ☒ Clínico ☐ HANGAR ☐ PSIQUIÁTRICO  
☐ Causas Externas ☐ Causas Externas ☐ METROPOLITANO ☐ TROTE /CANCELADAS  
☐ 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: FONE: ( )  
SOLICITANTE: DAXANE BAIRRO:  
END. Ocorr.:  
REFERÊNCIA:

### CAUSA EXTERNA (ACIDENTE / VIOLÊNCIA)

<b>Acid. Automóvel</b> <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro/Frente <input type="checkbox"/> Passageiro/Trás <input type="checkbox"/> Uso do Cinto <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<b>Acid. Motocicleta</b> <input checked="" type="checkbox"/> Motociclista <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Uso de Capacete <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<b>Atropelamento</b> <input type="checkbox"/> Via Pública <input type="checkbox"/> Calçada <input type="checkbox"/> Outros	<b>Mecan. De Trauma</b> <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Ejeção <input type="checkbox"/> Impacto Frontal <input type="checkbox"/> Impacto Lateral <input type="checkbox"/> Impacto traseiro
<b>Acid. Trânsito</b> <input type="checkbox"/> Carro ou Moto <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Caminhão Placa: _____	<b>Acid. Ciclista</b> <input type="checkbox"/> Colisão <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Outros	<b>Intoxicação</b> <input type="checkbox"/> An. Peçonhento <input type="checkbox"/> Exógena <input type="checkbox"/> Outros Agente Causador	<b>Exposições</b> <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Fogo ( ) 1ª ( ) 2ª ( ) 3ª <input type="checkbox"/> Fumaça <input type="checkbox"/> Subst. Química
<b>Asfixia</b> <input type="checkbox"/> Semi-Afogamento <input type="checkbox"/> Soterramento <input type="checkbox"/> Engasgo <input type="checkbox"/> Outros	<b>Queda</b> <input type="checkbox"/> Própria Altura <input type="checkbox"/> Outra Altura Aproximadamente _____ Metros	<b>Agressões</b> <input type="checkbox"/> Arma de Fogo Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Arma Branca Tipo: _____	<input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Maus Tratos <input type="checkbox"/> 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 36,3 Vias Aéreas FR: _____ RN: 33-50 <1 Ano 30-50 Criança 20-30 Adulto 12-20	GLICEMIA (HGT) 105 Pulso 94 RN: 120-160 <1 Ano 90-140 Criança 80-110 Adulto 90-100	<input type="checkbox"/> Agitação Psicomotora <input type="checkbox"/> Desidratado <input type="checkbox"/> Lesões de Face <input type="checkbox"/> Ictérico <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Cor da Pele Anormal <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Batimento Asa Nariz <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Deformidade Tórax <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Distonia Fala/Choro	<input type="checkbox"/> Gemido/Estridor <input type="checkbox"/> Obst. Das Vias Aéreas. <input type="checkbox"/> Retração Xifoide <input type="checkbox"/> Sibilos Expiratórios <input type="checkbox"/> Tiragem Intercostal
Perfusão Periférica <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Ruim		CIRCULAÇÃO PA: 170 / 100	





### EXAME NEUROLÓGICO

AValiação PRIMÁRIA	SINAIS DE DISF. CEREBRAL	AValiação DAS PUPILAS	NATUREZA DA
<input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Resposta Verbal <input type="checkbox"/> Resp. Estimulo Dolar <input type="checkbox"/> Irresponsivo	<input type="checkbox"/> Déficit Motor <input type="checkbox"/> Desvio de comissura Labial <input type="checkbox"/> Dificuldade na Fala	<input checked="" type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Midríase <input type="checkbox"/> Miose	<input type="checkbox"/> Lesão Intra-abdominal <input type="checkbox"/> Lesões Intra-Tóraxica <input type="checkbox"/> Presença / Sangue <b>Fratura - Ossos Longos</b> <input type="checkbox"/> Aberta <input type="checkbox"/> Fechada

### ESCALA DE GLASGOW

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

### CONDUTA CLÍNICA / EVOLUÇÃO

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

### USO DE ÁLCOOL E / OUTRAS DROGAS

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

### CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

<b>HOSPITAL PARA ONDE FOI ENCAMINHADO O PACIENTE:</b> <b>HOSPITAL GERAL DA MZSA</b> <b>CHAVE, ENCAMINHADA P/ HOSPITAL REGIONAL PALMARES</b> <b>Registro do Hospital:</b> <b>Médico que Recebeu:</b> <b>Dr. Rubem B. Lobo</b> <b>Assinatura do Médico Responsável:</b> <b>Dr. Edgar V. Andrade</b> <b>CRM-PE 19096</b>	<input type="checkbox"/> Maca Retida na Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Orientação para o Ambulatório <input type="checkbox"/> Óbito Antes do Atendimento <input type="checkbox"/> Óbito durante o Atendimento <input type="checkbox"/> Prancha Retida <input type="checkbox"/> Removido antes do Atendimento
--	--

### EQUIPE

<b>Médico Regulador:</b> <b>JANAÍSE</b> <b>Enfermeira:</b> <b>Condutor /Piloto:</b> <b>FERNANDO</b> <b>Função do Responsável pelo Preenchimento:</b>	<b>Médico Assistente:</b> <b>Socorrista:</b> <b>Eduardo</b> <b>Op. De Frota/OEE:</b> <b>BEÂNIA</b> <b>ASS:</b> <b>SOLICITOU APOIO DA UTI</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
<b>Obs.</b>	

### EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

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







## EXAME NEUROLÓGICO

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

## ESCALA DE GLASGOW

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

## CONDUTA CLÍNICA / EVOLUÇÃO

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

## USO DE ÁLCOOL E / OUTRAS DROGAS

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

## CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

HOSPITAL PARA ONDE FOI ENCAMINHADO O PACIENTE <u>HOSPITAL GERAL DA MZSO</u>	<input type="checkbox"/> Maca Retida na Unidade Hospitalar
<u>CHAVE, ENCAMINHADA P/ HOSPITAL REGIONAL PALMARES</u>	
Registro do Hospital: _____	<input type="checkbox"/> Orientação para o Ambulatório
Médico que Recebeu: <u>Dr. Rubem B. Lobs</u>	<input type="checkbox"/> Óbito Antes do Atendimento
<u>Dr. Edgar V. Andrade</u>	<input type="checkbox"/> Óbito durante o Atendimento
<u>CRMPE 19096</u>	<input type="checkbox"/> Prancha Retida
Assinatura do Médico Responsável: _____	<input type="checkbox"/> Removido antes do Atendimento

## EQUIPE

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

## EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

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



Pernambuco

HRP

Data do Atendimento: 07/05/2019 Hora: 17:34:20 PRONTUARIO: 69002  
 No. Atendimento: 861564 Urgência / Emergência Colaborador: ANNE OLIVEIRA  
 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 do Atendimento:

Queixa Principal:

*Atrofia condylar de base  
 do maxilar superior e inferior  
 aguda. Ref. dor a impação facial  
 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

Escore:

Hora:

Escore:

Hora:

Escore:

E: Abdomen:

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 2 - Especializados

Tratamento / Procedimentos:

*2x Exame  
 = 12x S.S.  
 = 12x Ex. focais de base*

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 Manter-se no Hospital  
 ( ) 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. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
 CEP: 52011-040

HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES  
 FUNDAÇÃO MANOEL DE OLIVEIRA  
 Arguidouel 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: Aspirina + Dorcas 500mg (Analgésico) 1000mg CSD (Hemostático)

EXAMES COMPLEMENTARES: Id

HD: Fratura P13 distal antebraço DP + CSD.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: Não há parte do membro



DATA: 07/05/19

José Gonçalves de Lima Junior  
Enfermeiro  
COREN-PE 309.532

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

(LIVRO)

### 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 Abutal  
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

- |   |  |   |                                 |
|---|--|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Intubação                | <input type="checkbox"/> Punção venosa central               | <input type="checkbox"/> Cateterismo vesical  | <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> Assistência Ventilatória | <input checked="" type="checkbox"/> Punção venosa periférica | <input type="checkbox"/> Nutrição Parenteral  |                                 |
| <input type="checkbox"/> Traqueostomia            | <input type="checkbox"/> Dissecção venosa                    | <input type="checkbox"/> 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:

- |   |  |   |                                    |
|---|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Respiratória     | <input type="checkbox"/> Ferida cirúrgica      | <input type="checkbox"/> Corrente Sanguínea | <input type="checkbox"/> Óssea     |
| <input type="checkbox"/> Urinária         | <input type="checkbox"/> Cutânea não cirúrgica | <input type="checkbox"/> Flebite            | <input type="checkbox"/> Articular |
| <input type="checkbox"/> Septicemia       | <input type="checkbox"/> Genital               | <input type="checkbox"/> Cardiovascular     | <input type="checkbox"/> Outros    |
| <input type="checkbox"/> Gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Otorrinolaringológica | <input type="checkbox"/> Oftálmica          |                                    |

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

Antimicrobiano Utilizado:

CEFAICINA

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

Prontuário: 116324

Nome da Mãe: MARIA FERREIRA DE ARAUJO

Nome do Pai: JOAO FERREIRA DE ARAUJO

Data do Nascimento: 21/05/1971

Idade: 47 anos Sexo: FEMININO

Estado Civil: CASADO

RG: 4000128

SDS PE Data Emissão: 08/08/2008

CPF: 04060173444

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade: AGUA PRETA

Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) INCOMPLETO

Carteira Nacional SUS: 708005372238429

Ocupação Habitual: DO LAR

Endereço: RUA TENENTE EVERALDO

37 CENTRO

Cidade: PALMARES

PE

CEP: 55540970

Fone: 91370229

## DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: PM PALMARES

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

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:

MEIHCAM

Diagnóstico:

FRACT. DE RADIO DISTAL DIREITA + ESQUERDA

Procedimento:

OSTEOSINT. CL. FICK

Alta em:

09

05

1

2019

Hora:

12:00h

Médico e C.R.M.:

Dr. Igor Abutrab

Médico / CRM-PE 27774

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

*Nega alergia  
HASO DmC*

WDH - Hospital Dom Helder Câmara  
Jefferson Melo  
Faturamento/NAME  
Data: 10 MAR 2019

## RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

### Queixa Principal

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

### Exame Físico

*22cm, edema 1+/4+ e limitação da 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





SUS  
SISTEMA  
ÚNICO DE  
SAÚDE



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES DR. SILVIO FERNANDES MAGALHÃES



## FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

Nome: Genitor Figueira H. F. F. 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 H 949

### MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

ANAMNESE: paciente vítima de acidente de moto

EXAME FÍSICO: for + edemas + Deformidade do punho do + esc.

DROGAS ADMINISTRADAS: ASLA + PULCAS Anticóagula + folho esc (Hemostase)

EXAMES COMPLEMENTARES: N



DIAGNÓSTICO: Fratura 113 distal antebraço do

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: NÃO FAZ PARTE DO PERÍCULO DO HOSPITAL paciente vítima de trauma, evolui com EGR, consciência orientada, afébril, hidratada, coração, normotensa, acrocianose, insuflado, dieta oral, tórax simétrico, com lesão em m. F. I. (E. A.) + edemas indolores a palpação, flácido, eliminação presente e espontânea

DATA: 07/05/19 enfermagem. com fratura em fecho (E) braço macio, segue os cuidados de

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: Genilva 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 feminina de acidente motor-  
clítico com trauma em membro D e E há  
03 dia.

### Interrogatório Sintomatológica:

Don.







**HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA**



GESTÃO  
**IMIP**  
HOSPITALAR

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Genilva Ferreira de Araújo Registro: 116324

Clinica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: Bloco Leito: \_\_\_\_\_

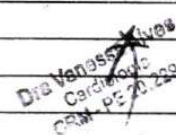

Data/Hora	
08/05/19	# Serviço Social #
	Realizado atendimento ao esposo, entrevista social prestada orientações sobre Seguro DPVAT, fluxo no SUS e rotina hospitalar.



## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Cecília Fêrris Registro: \_\_\_\_\_

Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Data/Hora	
	<del>18/09/2020</del>
	# CONTINUAÇÃO.
	Lab (08105) → $Ca = 0,76$ $Hb = 13$ $Ht = 40$ $Vr = 32$
	crem. 11800 $PLQ = 265000$ $INR = 1,09$
	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



Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: 406 Leito: 02

Data/Hora	
09/05/19	# Serviço Social #
	Realizado atendimento ao esposo da paciente, presta da orientações por alta e sobre seguro DPVAT, ela sendo encaminhamento para TFD.
	<div data-bbox="1051 875 1315 1043"> <p>Clécia do Nascimento Assistente Social RESS nº 8065 - AC Raurio/PE</p> </div>
	<div data-bbox="694 1057 949 1225"> <p>IOH - Hospital Dom Helder Solenge Lyra Faturamento / SAME</p> </div>







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

5083 GRACIA COITO

Nome do Cirurgião

LEONARDO RANEA/BRAGA

Medicação Pré-anestésica

Urgência

NÃO

SIM

Cirurgia

Trat. cirúrgico de fratura do rádio distal D+E

Horário

O<sub>2</sub>

N<sub>2</sub>O

Liqui.

ETCO<sub>2</sub>

ECG

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

0

Anotações

Drogas Usadas

Quantidade

oxigênio 2/SIV 200ml

oxigênio 4/SIV 200ml

água destilada 100ml

EV

cefazolin 2ml

oxiclorotona 8ml

dexametasona 1ml

fentanil 50µg

hidralazolam 2ml

propofol 2ml

Técnica Anestésica

Blqueio do plexo  
braquial na supra  
clavicular D

Agulha EV e IV  
contendo DE SINISTROS  
DE VENTILADOR  
CONTENDO 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. Gracia Coito  
Anestesiologista  
CRM 5083

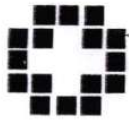
Assinatura de Anestesiologista



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

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091815133737300000066738249>

Número do documento: 20091815133737300000066738249



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: Prost. Próstata de Radiação Distal  
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>	
PA	<u>207 x 112</u>	<u>194 x 103</u>	<u>192/95</u>	<u>164/85</u>	<u>175/95</u>	
FR	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	
FC	<u>77</u>	<u>78</u>	<u>83</u>	<u>95</u>	<u>80</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 ( <input checked="" type="checkbox"/> )	<input checked="" type="checkbox"/> Encorajar verbalização dos sentimentos e medos <input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar apoio emocional <input checked="" type="checkbox"/> Dar informação ao paciente e familiares <input type="checkbox"/> Outros		
2. Ventilação prejudicada ( )	<input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado <input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário <input type="checkbox"/> Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz <input type="checkbox"/> Manter o paciente em posição de Fowler <input type="checkbox"/> Anotar horário/valor de queda da saturação. FC e FR <input type="checkbox"/> Instalar ( ) Manter ( ) Anotar oximetria de pulso <input type="checkbox"/> Outros		
3. Padrão de eliminação urinária ( <input checked="" type="checkbox"/> Diminuído ( ) Aumentado	<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ___/___h <input type="checkbox"/> Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen) <input checked="" type="checkbox"/> Colocar o paciente em posição de Fowler <input checked="" type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição <input type="checkbox"/> Registrar se: ( ) Dor ao urinar <input type="checkbox"/> Abaulamento em região suprapúbica ( ) Ausência de diurese espontânea <input type="checkbox"/> outros		
4. Dor ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Local: _____ ( <input checked="" type="checkbox"/> Leve ( ) Moderada ( ) Severa	<input type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente <input type="checkbox"/> Avaliar a localização e a intensidade da dor <input checked="" type="checkbox"/> Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação <input type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da dor <input type="checkbox"/> Registrar características e intensidades da dor <input type="checkbox"/> outros		
5. Integridade tissular prejudicada ( <input checked="" type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/> Descrever características da lesão <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo a cada <u>20/20</u> h <input type="checkbox"/> Realizar mudança de deúbido a cada 3 horas caso não haja contra-indicação <input type="checkbox"/> Medir débito de dreno de ___/___h <input checked="" type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por ___h <input type="checkbox"/> Outros		
6. Sangramento ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Local: _____ ( <input checked="" type="checkbox"/> Leve ( ) Moderada ( ) Severo	<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de ___/___min <input checked="" type="checkbox"/> Manter elevado: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo oclusivo <input type="checkbox"/> Outros		
7. Imobilidade no leito prejudicada ( )	<input type="checkbox"/> Pinçar dreno ao manusear o paciente <input type="checkbox"/> Avaliar mobilização de dreno (Tracionado) <input type="checkbox"/> 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








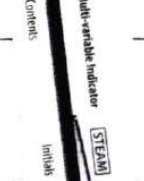





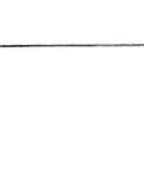


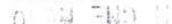





**IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL**

**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		
Atadidos		
Motor Broca		
		
		

**clean-uj**  
ISO 11140-1, Tipo 4  
INDICADOR QUÍMICO MULTIPARAMETRICO  
Lote: CL520219  
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  
Batida no joelho

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: Genilene Ferreira Data: 08/09/19 Hora: 16:30 Registro: 116324  
Convênio: SVS Leito: \_\_\_\_\_ Pele: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

**2 - EQUIPE MÉDICA:**

Cirurgião: Dr. Leonardo Lanço Anestesista: \_\_\_\_\_  
Auxiliar: Dr. Bruno Leite Auxiliar: \_\_\_\_\_ Instrumentador: Rafael

**3 - DADOS DA CIRURGIA:**

Cirurgia: Tratamento de Ruptura de Ruptura de Ruptura Início: 18:00 Término: 18:40  
Anestesia: Benignidade de Sedação Início: 17:25 Término: \_\_\_\_\_

**4 - PRÉ-OPERATÓRIO:**

Estado Geral: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Grave ( ) Coma  
Nível de Consciência: ( ) Orientado ( ) Consciente ( ) Sonolento ( ) Coma  
Aspiração: ( ) 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 ( ) Artoscópio ( ) 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 ( )  
Jranagem (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: \_\_\_\_\_ CIRURGIA: \_\_\_\_\_  
Anestesia por Pontuação

**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: Dr. [Assinatura] Circulante: Dr. [Assinatura]

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





ACIENTE: Genivalva Ferreira de Araújo		DATA: 04/05/19
CIRURGIÃO: Dr. Leonardo Tanga		RG: 976324
ANESTESISTA: Dr. Graça		AUXILIAR: Dr. Bruno Ballo
CIRURGIAS: 1º e 2º grau fratura do Rádio Ulnar Distal D e E		ANESTESIA: Bloqueio de Serrão
INSTRUMENTADOR: Dr. Tanga		COORDENAÇÃO DO BLOCO:
CIRCULANTE: Dr. Tanga		COREN: 255/93
ENFERMEIRA: Dr. Tanga		HORÁRIO INICIAL: 18:00
		HORÁRIO FINAL: 18:40

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

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
<b>DRENOS</b>			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCÇÃO 3,2	SUCÇÃO 4,8	SUCÇÃO 6,4
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36
<b>SONDAS</b>			
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
<b>FIOS CIRÚRGICOS</b>			
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, intímese 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.tje.pe.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](http://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