



## Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



### Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WSOB.20.00324684-1** em **23/11/2020 11:11:17**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

### Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

### Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

### Protocolo

Foro : Sobral  
Processo : 0010574-63.2019.8.06.0167  
Protocolo : WSOB.20.00324684-1  
Tipo da petição : Contestação  
Assunto principal : Seguro  
Data/Hora : 23/11/2020 11:11:17

### Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

### Documentos Protocolados

 Exibindo todos documentos >> [Exibir 3 primeiros](#)

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição\* : 2768628\_CONTESTACAO\_01 - 1-10.pdf  
Documentação : 2768628\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 1-16.pdf  
Documentação : 2768628\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 17-25.pdf  
Procuração/Substabelecimento: PROCURAÇÃO\_ATOS\_SUBS\_2016\_LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-6.pdf  
Documentação : 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf  
Documentação : ATOS\_CONSTITUTIVOS\_LIDER - 1-4.pdf  
Documentação : ATOS\_CONSTITUTIVOS\_LIDER - 5.pdf

### Downloads

Anexar documentos : [Realizar download dos documentos da petição](#)  
Recibo : [Realizar download do recibo](#)

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/06/2012

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO MACHADO DE AZEVEDO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00085-X

CONTA: 000000055550-9

---

Nr. da Autenticação DD0FE7122388816B



FEDERAL VIDA E PREVIDÊNCIA S.A.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO - SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT - Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_ (CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA)**

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro Dpvat, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Antonio Machado de Azevedo., PORTADOR / A DO  
RG Nº 95031011. EXPEDIDO POR SSPCE EM 10 / 10 / 1990 E  
CPF/CNPJ Nº 017.208.843-74. PROFISSÃO Aposentado  
E RENDA MENSAL R\$ 622,00, NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR  
REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA  
Antonio Machado de Azevedo., AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS  
CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT, A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO  
INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

**(x) CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (QUALQUER BANCO)**

Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA 0085-X (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE  
EXISTIR) Nº CONTA 55.550.9.

**( ) CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO Nº BANCO 237**

Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)  
Nº CONTA \_\_\_\_\_.

**( ) CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL Nº BANCO 001**

Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)  
Nº CONTA \_\_\_\_\_.

**( ) CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ Nº BANCO 341**

Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)  
Nº CONTA \_\_\_\_\_.

**( ) CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL Nº BANCO 104**

Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)  
Nº CONTA \_\_\_\_\_.



Sobral-Ceará 25 de Maio de 2012.

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO (A)

Suzirene Carnealho Albuquerque Azevedo

**BANCO DO BRASIL**

Agência

0085-X

Conta

55.550-9

CPF

017.208.843-74

Nome

ANTONIO MACHADO DE AZEVEDO

Telefone (DDD - n.º)

(88) 3615-0122

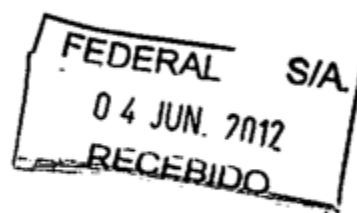
Conta corrente

1. 1. Solidário 2. Não solidário

Autógrafos DE

a de Conta-Corrente e  
/ou Poupança Pouplex  
Pessoa Física

Distrito Federal, por sua  
-08 (II) Associação de





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE SOBRAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 553 - 4377 / 2012

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTES - OUTROS  
Data / Hora da Comunicação: 16/04/2012 14:08:45  
Data / Hora da Ocorrência : 11/12/2011 08:08:45  
Endereço da Ocorrência: LGO CE 364  
ZONA RURAL SOBRAL /CE  
Ponto de Referência:

BOLETIM DE OCORRENCIA



\*1004026\*

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: ANTONIO MACHADO DE AZEVEDO  
Nascimento : 05/12/1956  
RG: Órgão Emissor: UF: - CPF:  
Filiação: CLODOVEU MACHADO PORTELA  
LAURA FERREIRA PORTELA  
Endereço: LGO PAU DARCO  
ZONA RURAL  
SOBRAL CE BRASIL

Telefone:

Histórico

INFORMA A QUEIXOSA QUE SEU MARIDO - ANTONIO MACHADO DE AZEVEDO, NO LOCAL, DATA, ACIMA CITADOS, SOFREU, UM ACIDENTE DE MOTO, QDO IA NA GARUPA DA MOTO HONDA CG 125 FAN, ANO 2007/2008, CINZA, DE PLACAS HYD 4765, CHASSI Nº 9C 2C 30708R010439, PILOTADA POR SEU FILHO FCO. ELTON CARVALHO AZEVEDO, QUE, SEU MARIDO NAS PRESSAS COM A MOTO EM MOVIMENTO FOI DESCER E CAIU E FRATUROU A PERNA DIREITA, QUE, FOI SOCORRIDO PELOS FAMILIARES PARA O POSTO DE SAÚDE DE APRAZIVEL E EM SEGUIDA PELA AMBULANCIA PARA O HOSPITAL SANTA CASA DE SOBRAL. NADA MAIS;

Noticiante(s)

Nome : MARIA ALBUQUERQUE CARVALHO AZEVEDO  
Endereço : LGO PAU DARCO  
Bairro : ZONA RURAL  
Município/UF : SOBRAL CE BRASIL

Telefone:

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SOBRAL  
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: \_\_\_\_\_  
MATRÍCULA: 198830-1-9  
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : \_\_\_\_\_  
VISTO DO DELEGADO(A) : \_\_\_\_\_



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2012263923

**Cidade:** Sobral

**Natureza:** Invalidez

**Vítima:** ANTONIO  
MACHADO DE  
AZEVEDO

**Data do acidente:** 11/12/2011

**Emissor do  
parecer:** Maria Tereza  
Ramos de Araujo  
Amorim

**Seguradora:** FEDERAL DE  
SEGUROS S/A

**Prestadora:** AMORIM E MATTOS  
SERVIÇOS MÉDICOS  
ESPECIALIZADOS LT

**CRM do médico:** 31475-9

## PARECER

**Data da análise:** 14/06/2012

**Valoração do  
IML:**

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA ( TTO CIRURGICO )

**Resultados  
terapêuticos:**

**Sequelas  
permanentes:** LIMITACAO FUNC DO MI DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:** Não

**Quantificação das  
sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL / 25% DE 70% = 17,5%

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

**Valor pleiteado:** 9.450,00

**Médico avaliador:** MARIA TEREZA

**UF do CRM do  
médico:** RJ

## DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70	1	25

**Valor avaliado:** 2.362,50

## RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VITIMA:

Antonio Machado Aguiar

NÚMERO DO SINISTRO:

## DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

11/12/2011

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

11/12/2011

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO:

Thiago Matheus Lopes Paiva - CRM: 12196

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

- Fratura distal do osso da perna (D).

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

Atendimento de fratura com placa + parafusos (26/03/12)

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?  
CASO POSITIVO DESCREVER:☐ SIM ☒ NÃO

SIA  
FEDERAL  
04 JUN. 2012  
RECEBIDO

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

- ☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.  
☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

## GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

1º

2º

3º

4º

5º

Rigidez de movimento + limitações no membro.

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VITIMA NO PERÍODO DE 11/12/11 A 03/06/12 E  
 QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

LOCAL

DATA

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VITIMA



SANTA CASA  
DE MISERICÓRDIA  
DE SOBRAL

## REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGÊNCIAL

Atendimento: 11/12/2011 - 09:37  
Reg.: 11/12/2011 - 09:37  
Nome: ANTONIO WILSON DE ALMEIDA  
End.: RUA F. L. G. 10  
APRAVADO: SOBREL-DE: CEP: 62114-000

ATENDIMENTO: ADULTO ☒ PEDIÁTRICO ☐ CIRÚRGICO ☐

### ACOLHIMENTO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: Alto

HORA DA CLASSIFICAÇÃO: 09:40

### PROCEDÊNCIA:

☐ PROCUROU PSF: SIM ☐

CAUSAS:

- ☐ ENCAMINHADO  
☐ NÃO TINHA FICHA P/ CONSULTA  
☐ NÃO TINHA MÉDICO  
☐ POSTO ESTAVA FECHADO  
☐ NÃO RESOLVEU O PROBLEMA

NÃO ☐

CAUSAS:

- ☐ NÃO É EFICIENTE  
☐ É LONGE DE CASA  
☐ NUNCA TEM MÉDICO

☐ TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL:

EMERGÊNCIA TRAUMATOLÓGICA  
ADULTO

- ☐ SAMU  
☐ CARRO  
☐ DEAMBULANDO  
☐ OUTRAS AMBULANCIAS  
☐ MOTO, BICICLETA...

FEDERAL SIA  
04 JUN. 2012  
RECEBIDO

### HDA DO ACOLHIMENTO:

Por vítima de queda de moto, apresentando lesões e  
edema no M.F.

PA: 1 PULSO: 1 TEMP.: 1 PESO: 1

### TIPO DE ACIDENTE:

- ☐ Acidente c/ objetos corto-contusos ☐ Acidente por arma de fogo ☐ Afogamento  
☐ Choque elétrico ☐ Queda. De onde? Carro  
☐ Ingestão accidental: ☐ Corpo estranho ☐ Produto químicos farmacêuticos  
☐ Queimaduras: ☐ 1º Grau ☐ 2º Grau ☐ 3º Grau Por: ☐ Água ☐ Óleo ☐ Álcool ☐ Elétrico  
☐ Atropelamento: ☐ Carro ☐ Moto ☐ Bicicleta ☐ Outros  
☐ Carro ☐ com cinto ☐ sem cinto ☐ Moto: ☐ com capacete ☐ sem capacete  
☐ Mordedura de animais: ☐ Doméstico ☐ Selvagem ☐ Ofídico

### LOCAL DO ACIDENTE:

☐ Domicílio ☐ Via Pública ☐ Escola ☐ Outros



# TIPO DE TRAUMA

- ☐ TCE    ☐ ABDOMINAL    ☐ TORÁCICO    ☐ ORTOPÉDICO    ☐ POLITRAUMA  
☐ ESPANCAMENTO    ☐ VIOLÊNCIA SEXUAL  
☐ PAI    ☐ MÃE:    ☐ OUTROS    ☐ PAI    ☐ PADASTRO    ☐ DESCONHECIDO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: \_\_\_\_\_

HDA DO MÉDICO:

15 - vítima de trauma com o dnt  
 não dnt  
 16 - vítima de trauma com o dnt  
 não dnt

CONDUTA:

DIAGNÓSTICO:

17 - Fratura do fêmur  
 18 - Fratura do fêmur

19 - Fratura do fêmur  
 20 - Fratura do fêmur

Ass. Médico - CRM

MOTIVO DO ATENDIMENTO

ATN

- ☐ CLÍNICO    ☐ CARDIOLÓGICO    ☐ NEUROLÓGICO    ☐ OFTALMOLÓGICO  
☐ CIRÚRGICO    ☐ TRAUMAT. ORTOPÉDICO    ☐ OTORRINO    ☐ ODONTOLÓGICO  
☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO    ☐ OUTROS

DESTINO DO ATENDIMENTO: ☐ CONSULTA

- ☐ COM MEDICAÇÃO  
☐ SEM MEDICAÇÃO

- ☐ ALTA COMPLEXIDADE  
☐ INTERNAÇÃO

- ☐ CLÍNICO    ☐ CIRÚRGICO

OBSERVAÇÃO: DESTINO

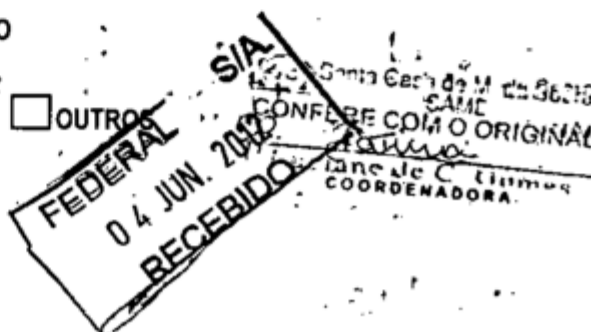
- ☐ INTERNADO:    ☐ CLÍNICO    ☐ CIRÚRGICO  
☐ ALTA  
☐ TRANSFERÊNCIA    ☐ HOSPITAL DE ORIGEM    ☐ OUTRO

ALTA DO PACIENTE

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Dr. Thiago Mont'Almeida L. Parente  
 ORTOPÉDICO - TRAUMATOLOGIA  
 CRM: 12186 / CPF: 841.343.503-87



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

Sistema de Internação Hospitalar

Anamnese de Internação Hospitalar

DADOS DO PACIENTE

Matrícula... 458819  
Paciente... ANTONIO MACHADO DE AZEVEDO CFE... 01720884374  
Sexo... MASCULINO  
Dt. Nasc... 5/12/1956 Idade... 55a 3m 21d  
Mãe... LAURA FERREIRA PORTELA Cor... PARDA  
Pai... CLODOVEU MACHADO PORTELA CNS...  
E. Civil... CASADO  
Endereço... APRÁZIVEL Nº... 0  
Bairro... APRÁZIVEL CEP... 62114-000  
Cidade... SOBRAL UF... CE  
Fone...

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome...  
Endereço...  
Documento...  
Fone...

DADOS DA INTERNAÇÃO

Atendimento... 3066225 Atendente... WILSON PEREIRA  
Data... 26/03/2012 Hora... 11:17 Permanência... Dias  
Procedimento... 62140263 FRATURA DA TIBIA ASSOCIADA OU NÃO A DA FIBULA - TRATAMENTO  
Médico... THIAGO MONT'ALVERNE LOPES PARENTE  
Unidade Int... CASA DE SAÚDE DOM WALFRIDO  
Leito... LEITO 103-C.S.DOM WALFRIDO  
Convênio... PREF. MUNICIPAL DE SOBRAL  
Plano... 1  
Carteira...  
N. Guia...

PERMANÊNCIA  
VÁLIDA ATÉ  
30/03/12

*Antônio Machado*  
Assinatura do Paciente ou Responsável

SIA  
FEDERAL  
04 JUN. 2012  
RECEBIDO

Outras Observações:

*J. M. SOBRAL*

*ENFERMARIA*

*do. W*

AUTORIZADO  
PROCEDIMENTO

PACOTE  
ORTOPEDIA

Santa Casa de M. de Sobral  
SAME  
CONFERE COM O ORIGINAL  
*Luciene de C. Gomes*  
COORDENADORA



**Santa Casa de Misericórdia de Sobral**  
**CONTROLE DE MEDICAMENTO E MATERIAIS**

Cliente: Filippo Marchetti de Agostini  
Setor: PR

Matrícula: 458018

Setor: afm

Data: / /20

Medicamentos	Ampolas	ML's	Comprimidos
26.03.12	28.03.12	29.03.12	
Serum 20ml 4+2	Agar 50 unid	Agar 30 unid	
Agar 40x12 6+2	Celopen 01	Celopen 01	
Serum 10ml = 2	Serum 01	Serum 80 cm	
Agar de filtrado 28+4+2	Povidone 5ml	Povidone 5ml	
Temperatura - 01	Agar 25 paradespico	Agar 25 paradespico	
27.03.12	Serum 20ml 26	Serum 20ml 24	
Serum 20ml 6	Agar 40x12 6	Agar 40x12 8	
Serum 10ml 3	Agar de filtrado	Agar de filtrado	
Agar 40x12 9	1 unidade esteril N° 7	Agar 30 unid	
Agar de filtrado 15	2 paradespico	Agar 30 unid	
Agar 40 unid	1 faixa de crepe esteril	Agar 30 unid	
Serum 01	10 cm de crepe esteril	Agar 30 unid	
Povidone 5ml	Agar 30 unid	Agar 30 unid	
Agar 50 ml	Agar 30 unid	Agar 30 unid	

CONFERE COM O ORIGINAL  
 Santa Casa de Misericórdia de São Paulo  
 04 JUN. 2012  
 RECEBIDO

CONFERE COM O ORIGINAL

FEDERAL S/A  
04 JUN. 2012  
RECEBIDO

**Ficha de Cirurgia Descritiva**

Aviso de Cirurgia: 193641  
Paciente: 456619  
Convênio Atend.: 44  
Leito: 310  
Dt. Início:  
Cid Final: S823

Sala: 0004 SALA 04  
ANTONIO MACHADO DE AZEVEDO  
PREF. MUNICIPAL DE SOBRAL  
LEITO 103-C.S.DOM WALFRIDO  
Dt. Fim:  
FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

Atendimento: 3066225  
Carteira:  
Idade: 55 Anos 21 Dias 16 Hora

**Procedimentos.**

Procedimento: 52140130  
Convênio: 044  
Anestesia: 05

FRATURA DA TIBIA ASSOCIADA OU NAO A DA FIBULA - REDUCAO INC  
PREF. MUNICIPAL DE SOBRAL  
BLOQUEIO RAQUI

**Equipe Médica**

ANESTESISTA 9088 GERARDO CRISTINO DE MENEZES NETO  
CIRURGIAO 12196 THIAGO MONT'ALVERNE LOPES PARENTE

**Descrição**

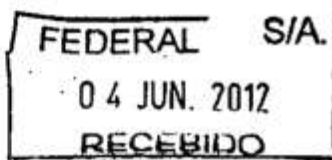
**Descrição Cirúrgica:**

- POSICIONAMENTO DO PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL
- ISQUÊMIA COM FAIXA DE SMACH NO MEMBRO INFERIOR DIREITO
- ISOLAMENTO DA REGIÃO OPERATÓRIA COM CAMPOS CIRÚRGICOS PRIMÁRIOS
- FIXAÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS
- INCISÃO ANTERO-LATERAL CENTRADA NO FOCO DA FRATURA
- DIÉRESE POR PLANOS ATÉ VISUALIZAÇÃO DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE FRATURA DO TERÇO DISTAL DE TIBIA
- REALIZAÇÃO DE CALOCLASIA DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA
- TENTATIVA DE REDUÇÃO O MAIS ANATÔMICO POSSÍVEL DA FRATURA DA TIBIA (BASTANTE RETRAÇÃO DE TECIDOS MOLE)
- FIXAÇÃO COM PLACA RETA DE A/C E PARAFUSOS CORTICAIS
- RETIRADA DA FAIXA DE SMARCH
- HEMOSTASIA RIGOROSA E DEFINITIVA
- SUTURA MINIMA DA PELE
- CURATIVOS ACOLCHOADO

**OBSERVAÇÕES:**

**Achados Cirúrgicos:**

**Descrição Complementar**



DR(A): THIAGO MONT'ALVERNE LOPES PARENTE  
CRM: 12196

Santa Casa de Misericórdia de Sobral  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Luciana de C. Almeida  
COORDENADORA



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL  
FICHA DE ANESTESIA

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: ANTONIO MACIADO DE AZEVEDO		DATA: 26/03/12	REGISTRO: 3066225
IDADE: 55a	SEXO: M	COR: BRANCO	CLÍNICA: ORTOPEDIA
ENF: 103		LEITO: 103	
PRESSÃO ARTERIAL:	PULSO: 90	RESPIRAÇÃO: EUPNEICO	TEMPERATURA: AFEBRIL
ESTADO GERAL: BOM <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MAU <input type="checkbox"/> PÉSSIMO <input type="checkbox"/>		RISCO CIRÚRGICO (GOOD MAN) Grau I <input checked="" type="checkbox"/> Grau II <input type="checkbox"/> Grau III <input type="checkbox"/> Grau IV <input type="checkbox"/>	
EXAMES COMPLEMENTARES:			
AP. RESPIRATÓRIO: NDN		AP. CIRCULATORIO: NDN	
AP. DIGESTIVO: JEJUM		ESTADO MENTAL:	
PRÉ-ANESTÉSICO DROGA/HORA:		ESTADO FÍSICO (ASA) (1) 2 3 4 5 E	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DE TÍBIA			
CIRURGIA REALIZADA: OSTEOSÍNTESE			
CIRURGIÃO: DR. THIAGO MONTALVERNE		AUXILIARES:	
INÍCIO DA ANESTESIA: 14:30		TÉRMINO DA ANESTESIA: 16:30	
DURAÇÃO DA ANESTESIA: 2:00		AGENTE/HORA:	
O. N.º			
LIQUIDOS VENOSOS: (SP) 1000ml (RL) 500ml (PL) 500ml			
ANESTESIA GERAL <input type="checkbox"/> RAQUIDIANA <input checked="" type="checkbox"/> EPIDURAL <input type="checkbox"/> BLOQ. PLEXO <input type="checkbox"/> BLOQ. NERVOS <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/>			
TÉCNICA: PUNÇÃO LOMBAR L3-L4, AGULHA 26G QUINCKE, LCR LIMPIO + SEDACÃO			
LÍQUIDOS		MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO	
GLICOSE	Volume em ml	1 FENTANIL 100µg	6 CEFAZOLINA 2g
NaCl 1000ml		2 MIDAZOLAM 5mg	7
SANGUE		3 BUPRENORFINA 20mg	8
RINGER 500+ SpO2		4 MORFINA 100µg	9
TOTAL 2000ml		5 CETOPIROFENO 100mg	10
DESTINO DO PACIENTE APTO <input type="checkbox"/> ENFERM <input type="checkbox"/> SRPA <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/>			
SRPA PA:		PULSO: RESPIRAÇÃO: SpO2:	
ASSINATURA / ANESTESIA:			
ASSINATURA / ANESTESIOLOGISTA:			
CRM: 9088 CPF: 838.613.943-91			

FEDERAL SIA  
04 JUN. 2012  
RECEBIDO

Santa Casa de Misericórdia de Sobral  
CONFERE COPIA ORIGINAL  
LUCIANO DE C. COORDENADOR





2111800022 - 5270222222 - 10.11.11



# PLANO TERAPEUTICO

Atmos. 19864

Nome: Adriano de Fátima de Almeida Clínica: DM Enf.: 203 Leito: - Mat.: 198619 Reg.: 30663 Idoso: - Altura: -

Data: 28/03/11 PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM

1) 01:00 h - 21:40. Admitido no Hospital de Sobral para tratamento de insuficiência cardíaca congestiva.

2) 01:00 h - 14:00. Recebido no Hospital de Sobral para tratamento de insuficiência cardíaca congestiva.

3) 01:00 h - 14:00. Recebido no Hospital de Sobral para tratamento de insuficiência cardíaca congestiva.

4) 01:00 h - 14:00. Recebido no Hospital de Sobral para tratamento de insuficiência cardíaca congestiva.

5) 01:00 h - 14:00. Recebido no Hospital de Sobral para tratamento de insuficiência cardíaca congestiva.

6) 01:00 h - 14:00. Recebido no Hospital de Sobral para tratamento de insuficiência cardíaca congestiva.

7) 01:00 h - 14:00. Recebido no Hospital de Sobral para tratamento de insuficiência cardíaca congestiva.

8) 01:00 h - 14:00. Recebido no Hospital de Sobral para tratamento de insuficiência cardíaca congestiva.

9) 01:00 h - 14:00. Recebido no Hospital de Sobral para tratamento de insuficiência cardíaca congestiva.

10) 01:00 h - 14:00. Recebido no Hospital de Sobral para tratamento de insuficiência cardíaca congestiva.

11) 01:00 h - 14:00. Recebido no Hospital de Sobral para tratamento de insuficiência cardíaca congestiva.

12) 01:00 h - 14:00. Recebido no Hospital de Sobral para tratamento de insuficiência cardíaca congestiva.

13) 01:00 h - 14:00. Recebido no Hospital de Sobral para tratamento de insuficiência cardíaca congestiva.

14) 01:00 h - 14:00. Recebido no Hospital de Sobral para tratamento de insuficiência cardíaca congestiva.

15) 01:00 h - 14:00. Recebido no Hospital de Sobral para tratamento de insuficiência cardíaca congestiva.

16) 01:00 h - 14:00. Recebido no Hospital de Sobral para tratamento de insuficiência cardíaca congestiva.

17) 01:00 h - 14:00. Recebido no Hospital de Sobral para tratamento de insuficiência cardíaca congestiva.

18) 01:00 h - 14:00. Recebido no Hospital de Sobral para tratamento de insuficiência cardíaca congestiva.

19) 01:00 h - 14:00. Recebido no Hospital de Sobral para tratamento de insuficiência cardíaca congestiva.

SINAIS VITAIS

USO O<sub>2</sub> e AR COMP.

RESPIRADOR

GLICEMIA

BOMBAS DE INFUSÃO

MEDICAÇÃO

ECG 12

Raio X

GUARDENADORA

GUARDENADORA

GUARDENADORA

GUARDENADORA

GUARDENADORA

GUARDENADORA

GUARDENADORA

GUARDENADORA

GUARDENADORA

GUARDENADORA

GUARDENADORA

GUARDENADORA

FEDERAL  
04 JUN 2012  
RECEBIDO

SIA

Dr. Thiago Moreira  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM 12.355 DPE - 11/04/04  
500-87





# PLANO TERAPEUTICO



Nome: Alvaro José de Aguiar Clínica: SU Ent.: 303 Leito: - Mat.: 55888 Reg.: 306418 Reso: - Altura: -

Data: 10/3/12 PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM

Alvaro José de Aguiar

27/03/12 06:00 dorme de

SINAIS VITAIS	PA	P	FR
08:30	130	84	20
14:00	130	80	20

Alvaro José de Aguiar

acorda sangüinolenta

Alvaro José de Aguiar

14° 35' 06"

9:00 Trocado curativo

Alvaro José de Aguiar

13° 18' 24" 06"

com o de no de

Alvaro José de Aguiar

SIN

sucção, eliminando

Alvaro José de Aguiar

08° 30'

balizando, higienizada

Alvaro José de Aguiar

18°

12° 30' de platô de

Dr. Thiago Romão  
ORTODONTIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM 123456  
R. Silva 88-87

FEDERAL  
04 JUN 2012  
RECEBIDO

SIA

14:00 Esta salve em 14  
peço ao leite 1° po de  
fratura de fíbula  
entrelaçado com crepe  
de uso de curativo em  
funcionamento, acerta  
dita, diurese, presen  
te de equalização no  
teste para aderir  
trabalho de medicação  
de 166352

SINAIS VITAIS				
HORA	TEMP	PA	P	FR
3:30	36,3	130	84	20
14:00	36,8	130	80	20
USO O <sub>2</sub> e AR COMP.				
	LIG.	DESL.	CONT.	
O <sub>2</sub>				
O <sub>2</sub>				
AR				
AR				
RESPIRADOR				
LIG		DESL.	CONT.	
LIG		DESL.		
CONTINUA				
Monitor	LIG	DESL.	CONT.	
Oxímetro	LIG	DESL.	CONT.	
GLICEMIA				
HORA	VALOR	HORA	VALOR	
HORA	VALOR	HORA	VALOR	
HORA	VALOR	HORA	VALOR	
BOMBAS DE INFUSÃO				
MEDICAÇÃO	LIGADO	DESL.	CONT.	
ECG 8s				
Rato X 8s				

COPIA ORIGINAL  
LUCIANA COORDENADORA





# PLANO TERAPEUTICO



Nome: Therisa Maciel Santos de Aguiar Clínica: S. U. Ent: 03 Leito: - Mat: 4389 18 Reg: 306624 Peso: - Altura: -

Data: 10/3/12 PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

07:30 12:00 18:00

38.03.12 às 06:45: Prime de  
pressão arterial em braço de  
direita: 110/70 mmHg.

HORA TEMP. PA. P. F. FR.  
07:30 36.3 120 60 18 20  
12:00 36.5 120 60 20 20  
18:00 36.5 120 60 20 20

08:00 14:00 20:00

10:00 - Procedido curati-  
vo de medicação de  
nos regionais da tórax  
ativação de drenagem de  
nos regionais da tórax.

USO O<sub>2</sub> e AR COMP.  
LIG. DESL. CONT.  
0, 0, 0,  
AR AR AR

09:00 15:00 21:00

10:30 - Procedido, reaparece  
a solicitação de urina, 2-20  
de praxe de urina, 2-20  
parte curativa limpa, com  
guirões alqueiros de urina -  
potência 48183

Monitor LIG. DESL. CONT.  
LIG. DESL. CONT.  
LIG. DESL. CONT.  
Contínuo

10:00 16:00 22:00

13:00 - Esta paciente em re-  
gime de dieta 2-2-2 de  
materna de tórax, com  
MID, parafuso com tórax  
apresentando edema, ma-  
ta do elevador, nega alergia  
a esta dieta, pelo o qual  
está no 1-1-1 para alimen-  
tar, com o de medicação

GLICEMIA  
HORA VALOR HORA VALOR HORA VALOR  
07:30 166.5 12:00 166.5 18:00 166.5

11:00 17:00 23:00

15:30 - Procedido curativo em in-  
tra de tórax, 5-1-1 com  
100365

BOMBAS DE INFUSÃO  
MEDICAÇÃO LIGADO DESL. CONT.

12:00 18:00 24:00

16:00 - Procedido curativo em in-  
tra de tórax, 5-1-1 com  
100365

ECG 12  
Razo X 12

13:00 19:00 25:00

17:00 - Procedido curativo em in-  
tra de tórax, 5-1-1 com  
100365

ECG 12  
Razo X 12

14:00 20:00 26:00

19:00 - Procedido curativo em in-  
tra de tórax, 5-1-1 com  
100365

ECG 12  
Razo X 12

FEDERAL  
04 JUN. 2012  
RECEBIDO

S/A

Assinatura de Enfermeira  
CPF: 241.122.122.122

Luciane de C. Gomes  
COORDENADORA



# PLANO TERAPEUTICO



Nome: <u>Flavio Bachado de Aguiar</u>	Clinica: <u>P.W</u>	Enf: <u>03</u>	Leito: <u>—</u>	Mat.: <u>958819</u>	Reg.: <u>3063218</u>	Idoso: <u>—</u>	Altura: <u>—</u>	
Data: <u>08/03/12</u>	PRESCRIÇÃO MÉDICA							
OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM		HORÁRIO		SINAIS VITAIS				
<p>bits dorsal. Refundido            impônia. Período e com            venoclise no 45 e hidratação            de, com curativo no M.D.            fluindo a diet. quílica            de 1000ml. At. 1000ml.            13000ml</p>				HORA	TEMP.	PA	P	FR
				08/03/12	10	82	20	
USO O <sub>2</sub> e AR COMP.				LIG.	DESL.	CONT.		
				O <sub>2</sub>				
				LIG.	DESL.	CONT.		
				O <sub>2</sub>				
				AR				
				AR				
RESPIRADOR				LIG.	DESL.	CONT.		
				LIG.	DESL.	CONT.		
Continuo				LIG.	DESL.	CONT.		
				LIG.	DESL.	CONT.		
Monitor				LIG.	DESL.	CONT.		
				LIG.	DESL.	CONT.		
Oxímetro				LIG.	DESL.	CONT.		
				LIG.	DESL.	CONT.		
GLICEMIA				HORA	VALOR	HORA	VALOR	
				HORA	VALOR	HORA	VALOR	
BOMBAS DE INFUSÃO				HORA	VALOR	HORA	VALOR	
				HORA	VALOR	HORA	VALOR	
MEDICAÇÃO				LIGADO	DESLUG			
				LIGADO	DESLUG			
ECG 35				Razo X 35				

Code 241 - Order Closure - (888) 241-3723







SANTA CASA  
DE MISERICÓRDIA  
DE BAURALI

## PLANO TERAPEUTICO



SANTA CASA  
DE MISERICÓRDIA  
DE BAURALI

Nome: Antonio Machado de Aguiar

Clinica: D - W

Enf.: 10 3

Leito: -

Mat. 4.58819

Reg. 3 0662

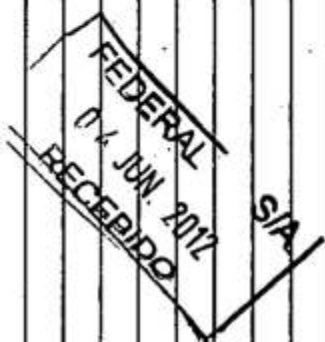
Peso: -

Altura: -

Data: 30/08/17 PRESCRIÇÃO MÉDICA

Alta / prescrita

FRANCISCO DAS ZINGAS PEREIRA  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM: 389.648-1/3-08 CRM: 6944



HORÁRIO

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM

30.08.17 8:00 Trocado curativo de grande porte na região da fíbula, incisão cirúrgica, co. limpa. Apreciação externa: fíb. circunscrita.

AVX - ENFERMAGEM

11:19 e 14:19 em Alta

Importante: sua internação

Antônia Lúcia C. de Souza  
Aos de Enfermagem  
CORENCE 667.690

SINAIS VITAIS

HORA TEMP PA P FR

USO O<sub>2</sub> e AR COMP.

U<sub>2</sub> DESL. CONT.

O<sub>2</sub> DESL. CONT.

AR DESL. CONT.

AR DESL. CONT.

AR DESL. CONT.

RESPIRADOR

U<sub>2</sub> DESL. CONT.

U<sub>2</sub> DESL. CONT.

U<sub>2</sub> DESL. CONT.

U<sub>2</sub> DESL. CONT.

U<sub>2</sub> DESL. CONT.

U<sub>2</sub> DESL. CONT.

U<sub>2</sub> DESL. CONT.

U<sub>2</sub> DESL. CONT.

U<sub>2</sub> DESL. CONT.

U<sub>2</sub> DESL. CONT.

U<sub>2</sub> DESL. CONT.

U<sub>2</sub> DESL. CONT.

U<sub>2</sub> DESL. CONT.

U<sub>2</sub> DESL. CONT.

U<sub>2</sub> DESL. CONT.

U<sub>2</sub> DESL. CONT.

U<sub>2</sub> DESL. CONT.

U<sub>2</sub> DESL. CONT.

U<sub>2</sub> DESL. CONT.

U<sub>2</sub> DESL. CONT.

U<sub>2</sub> DESL. CONT.

U<sub>2</sub> DESL. CONT.

U<sub>2</sub> DESL. CONT.

U<sub>2</sub> DESL. CONT.

ECG 1x

Raio X 1x

Cod. 251 - GRÁFICA CLÉIDE - (041) 3511.3773

Luiz Carlos de C. Gomes  
COORDENADORA





# EVOLUÇÃO CLÍNICA MÉDICA



PROFISSIONAL:

NOME: Antonio Jacobo de Aguiar Nº PRONTUÁRIO: 3066225  
SETOR: QW ENFERMARIA: 03 LEITO: —

DATA	
16/03/12	<p># anamnese</p> <p>Ref: - lesões ap. incisivas</p> <p>deformidade da cavidade oral - d</p> <p>fratura de Tíbio (d)</p> <p>1.º atendimento</p> <p>NOTAS: - Havia lesão com ome (1) com</p> <p>condição (1) lesão de pele. Tem que</p> <p>ser realizado cuidados (1) com a lesão</p> <p>deformidade (1) com a lesão</p>
17/03/12	<p># ortopedia</p> <p>Ref: - lesão de pele - com</p> <p>deformidade (1) com a lesão</p> <p>deformidade (1) com a lesão</p> <p>deformidade (1) com a lesão</p>

Dr. Thiago Monteiro Parente  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM 12195 - CPF 641.343.503-87

Dr. Thiago Monteiro Parente  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM 12195 - CPF 641.343.503-87

Dr. Thiago Monteiro Parente  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM 12195 - CPF 641.343.503-87

Santa Casa de Misericórdia de Sobral  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Luciana C. Gomes  
COORDENADORA



SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL  
FICHA DE ADMISSÃO - EMERGÊNCIA



ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

Aten: 3066225 Dt. Atende: 26/03/2012 - 11:19  
Reg.: 485555 Dt. Masc: 05/12/1956  
Nome: ANTONIO MACHADO DE AZEVEDO  
End.: APRAZIVEL 0  
APRAZIVEL: SOBRAL-CE: CEP: 62114000

QP:

HDA:

Paciente vítima de acidente  
de trânsito resultando em  
fratura de perna direita  
necessita atenção cirúrgica.

EXAME FÍSICO:

FEDERAL S/A  
07 JUN. 2012  
RECEBIDO

DIAGNÓSTICO INICIAL:

Fratura de perna direita

CONDUTA:

Tratamento cirúrgico

DIAGNÓSTICO FINAL:

O mesmo

DATA:

26/03/12

Hora:

Ass./CRM:

Santa Casa de M. de Sobra.  
SAME  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Luciana de Jesus Gomes  
COORDENADORA

Dr. Manoel Monteiro  
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA  
CRM: 121961 CPF: 611.363.503-87





FEDERAL DE SEGUROS S.A.

OUTROS



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE IML

Eu, Antonio Machado de Azevedo., portador da carteira de identidade nº 95031011. SSPCE e inscrito no CPF/MF sob o nº 017.208.843-74, residente e domiciliado na Vila Pau Darco, Rafael Arruda-Distrito.

Cidade Sobral., Estado Ceará

declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal – IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº. 6.194/74), uma vez que:

- ( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou  
( ) O estabelecimento do IML localizado no município em que resido, não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPTA; ou  
(X) O estabelecimento do IML localizado no município em que resido, realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal – IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do § 1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para realização desta perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Sobral-CE, 25 de Maio de 2012.

Local e data

Luzirene Carnevalho Albuquerque Azevedo

*Este documento não descarta a apresentação da declaração firmada pelo médico assistente, que comprove a existência e a natureza permanente atestando, inclusive, a alta definitiva. Entendendo-se por alta definitiva, o documento emitido pelo médico, constatando todos os tratamentos e/ou recursos terapêuticos que foram aplicados e esgotados para a recuperação da(s) lesão(ões) e/ou dano(s) sofrido(s) pela vítima.*



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

MINISTÉRIO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARBOSA DE SOUSA

Polícia Direta



*Luzirene Carvalho A. Azevedo*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007140597 - 0 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/06/2008

NOME LUZIRENE CARVALHO ALBUQUERQUE AZEVEDO

FILIAÇÃO ANTONIO MACHADO DE AZEVEDO

MARIA ALBUQUERQUE CARVALHO AZEVEDO

NATURALIDADE SOBRAL - CE DATA DE NASCIMENTO 26/12/1989

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 11079 FOLHA: 252V

LIVRO: A-11 COREAU - CE

CPF

1 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7 116 DE 29/08/63

P.: 93

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

**048.386.033-63**

Nome

**LUZIRENE CARVALHO ALBUQUERQUE AZEVEDO**

Nascimento

**26/12/1989**

Cartão de Uso pessoal e intransferível

Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

Emissão

JUN/2008

**CORREIOS**

www.correios.com.br

FEDERAL S/A

04 JUN. 2012

RECEBIDO